

BOLETIN

127

O XXXII - N.º 4

DICIEMBRE DE 1958



LIBRARY
ELIZABETH McCORMICK MEMORIAL FUND
150 E. Chicago Street
Chicago

EL INSTITUTO INTERAMERICANO DEL NIÑO es un centro de información, estudio, documentación, consulta, asesoramiento y acción social de todos los problemas relativos a la maternidad, niñez, adolescencia y familia, en América.

Fue fundado el 9 de junio de 1927, después de lo resuelto en el IV Congreso Panamericano del Niño de Santiago de Chile. Durante treinta años llevó el nombre de Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia. La iniciativa se debió al Dr. Luis Morquio y en su honor fue designado el Uruguay como país sede. Desde 1954 posee su edificio propio en Montevideo.

Está regido por un Consejo Directivo, formado por un Representante de cada país americano, participando en él las veintiuna repúblicas. Como eje central tiene el INSTITUTO su oficina en Montevideo, de la que es Director General, el Dr. Víctor Escardó y Anaya.

Trimestralmente, desde 1927 se edita un Boletín. En los meses intermediarios aparece el Noticiario con el movimiento de la protección a la infancia en América. La copiosa biblioteca especializada está a disposición de todos los estudiosos de América por un servicio de "microfilms". Además, el INSTITUTO publica bibliografías, realiza encuestas, promueve seminarios que impulsan en América el mayor bienestar del niño.

El Congreso Panamericano del Niño es uno de los órganos por los que se cumplen las actividades del INSTITUTO. Se reúne cada cuatro años en distintas capitales de América. Es una conferencia especializada intergubernamental, de acción cultural y científica que estudia los problemas del niño y de la familia, formulando recomendaciones que el INSTITUTO debe llevar a la práctica.

Desde 1949 el INSTITUTO está incorporado como Organismo Especializado Interamericano a la Organización de los Estados Americanos.

BOLETIN
DEL
INSTITUTO INTERAMERICANO DEL NIÑO
EX
Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia

FUNDADOR: DR. LUIS MORQUIO

DIRECTOR:
DR. VICTOR ESCARDO Y ANAYA
DOMICILIO: MILLAN 2679

127

DIRECCION Y OFICINAS DEL INSTITUTO:

8 DE OCTUBRE No. 2882 — MONTEVIDEO (URUGUAY)

TELEFONO: 4 35 44

DIRECCION TELEGRAFICA: INAMPRIN - MONTEVIDEO

INSTITUTO INTERAMERICANO DEL NIÑO

EX

Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia

ORGANISMO ESPECIALIZADO INTERAMERICANO

CONSEJO DIRECTIVO

Mesa

Presidente: Dr. Félix Hurtado
Vicepresidente: Dr. Marco Tulio Magaña
Secretario: Dr. Francisco Mardones Restat

Representantes de los Estados Miembros

Argentina	Dr. Rafael Sajón, Lavalle 1334 - Buenos Aires.
Bolivia	" Luis Montañó Roldán, Casilla de Correo 2602 - La Paz.
Brasil	" Mario Olinto, Rua Embaixador Morgan 35 - Humaitá - Río de Janeiro.
Colombia	" Héctor Pedraza, Carrera 8ª N. 48-44 - Bogotá.
Costa Rica	" Carlos Sáenz Herrera, Apartado 2278 - San José.
Cuba	" Félix Hurtado, 5ª Avenida 124 - Miramar - Habana.
Chile	" Francisco Mardones Restat. Servicio Nacional de Salud. Mac Iver 541. Santiago de Chile.
Ecuador	" Carlos Andrade Marín, Roca 605 - Quito.
El Salvador	" Marco Tulio Magaña, Avenida Universitaria 88. San Salvador.
Estados Unidos de América	Sr. P. Frederick DelliQuadri. División for Children and Youth. State Department of Public Welfare. 311 State Street. Madison 3, Wisconsin. — U.S.A.
Guatemala	Dr. Werner Ovalle López, 1ª Avenida Nº 18-13 Zona 1, Guatemala.
Haití	Sr. L. Max Fouchard, Bureau du Travail - Port - au - Prince.
Honduras	Dr. Joaquín Romero Méndez, Consulado del Uruguay - Tegucigalpa.
México	Srta. Francisca Acosta, Direc. Gral. Asistencia Social México.
Nicaragua	Dr. Rodrigo Quesada. 6ª Ave. S.E. Nº 104 - Managua.
Panamá	Srta. Elsa Griselda Valdés, Ministerio de Trabajo, P. Social y Salud Pública - Panamá.
Paraguay	Dr. Ricardo Odriozola, Eligio Ayala 510 - Asunción.
Perú	" Otto Fiek Campodónico, Apartado 499 - Lima.
Rep. Dominicana	" Nelson Calderón, Calle "Hermanos Deligne" 15. Ciudad Trujillo.
Uruguay	" Alfredo Alambarri, J. Benito Blanco 795 - Montevideo.
Venezuela	" Ernesto Vizcarrondo, Qta. Majagual. Av. Bogotá. Urbanización Los Caobos - Caracas.

Oficina: 8 de Octubre 2882 — Montevideo

Director General

Dr. Víctor Escardó y Anaya

BOLETIN

DEL

INSTITUTO INTERAMERICANO DEL NIÑO

EX

Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia

SUMARIO — SOMMAIRE — CONTENTS

	Pág.
Notas editoriales:	
La XXXIX Reunión del Consejo Directivo	309
La XXXIX Reunión del Consejo Directivo	312
El XI Congreso Panamericano del Niño. Reglamento y Agenda	318
Problemas de ordem econômica e social relacionados com a saúde e a alimentação das crianças e meios de resolve-los. Por Pompeu Accioly Borges (Brasil)	337
Consideraciones sobre un estudio integral de niños a cargo del Estado que egresan de la División Primera 'Infancia del Consejo del Niño: a) A Segunda Infancia; b) a su familia; c) para legitimación adoptiva. Por el Prof. Dr. Rito Etchelar (Uruguay)	342
Contribución al tema: La mortalidad infantil. Por el Dr. Francisco J. Menchaca (Argentina)	349
Conferencias y congresos: Congreso Mundial de la Infancia. Bruselas, Bélgica. X Congreso de la Unión Nacional de Asociaciones Regionales para la Protección de la Infancia y la Adolescencia. Angers, Francia. Conferencia sobre In- tercambio Interamericano de Personas. San Juan, Puerto Rico. I Convención Nacional Sanitaria de Asistencia Ma- terno Infantil. Paraná, Argentina. Seminario Suramericano de Alimentación Escolar. Bogotá, Colombia. VI Sesión de la Comisión de Mejoramiento de las Estadísticas Naciona- les. Buenos Aires, Argentina. IX Congreso Internacional de Pediatria. Montreal, Canadá. VII Congreso de la Oficina Internacional Católica de la Infancia. Lisboa, Portugal ...	376
Libros y revistas: Meningitis Tuberculosa en el Niño y su Tra- tamiento. Por María Luisa Saldún de Rodríguez, José M. Portillo, José B. Gomensoro, Alberto L. Matteo, Elio García Austt, Ruben Gorlero Bacigalupi, María J. Massera y José A. Soto. Compendio de la Práctica de la Pedodondia. Por Samuel D. Harris. D.D.S., F.A.C.D. Folklore y Psicoanálisis. Por Paulo de Carvalho Neto	384

Informaciones: Auxiliares del Médico. Uruguay. El Instituto Nacional de Nutrición llevará a cabo una campaña para la erradicación del bocio, que afecta a la población escolar. Ecuador. Información sintética sobre las últimas leyes laborales en el Uruguay.

Notas gráficas: La Mesa Directiva de la Reunión del INSTITUTO, el Presidente, Hurtado hablando, el Vice, Magaña, el Secretario Mardones y el Director General Escardó. Frente a pág.	312
DelliQuadri, de Estados Unidos de América; Srta. Valdés, de Panamá; Sajón, de Argentina; Fleck, de Perú; Pedraza, de Colombia; Alambarri, de Uruguay; Sra. Nelson, de Haití; y Srta. Mora, de Costa Rica. Frente a pág.	313
Mario Olinto, de Brasil; los miembros de la Mesa Directiva y el Director General; Odriósola, de Paraguay; Sajón, de Argentina y Srta. Valdés, de Panamá. Frente a pág.	314
Además de la cabecera, aparecen los Representantes, Montaña, de Bolivia; Alambarri, de Uruguay; Quesada, de Nicaragua, Romero Méndez, de Honduras y los Directores de los Departamentos Técnicos Saldún y Morales. Frente a página	315

BOLETIN DEL INSTITUTO INTERAMERICANO DEL NIÑO

EX
Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia

Notas Editoriales

LA XXXIX REUNION DEL CONSEJO DIRECTIVO

La Reunión celebrada por el Consejo Directivo en Montevideo, del 1º al 5 de diciembre de 1958 no tiene precedentes en la vida del INSTITUTO. Por primera vez se ha congregado una representación auténtica de América y casi total. Sólo dos naciones por razones especiales, no pudieron concurrir, pero todas las otras, en un magnífico conjunto, dieron lugar a un cónclave donde la voz de América se hizo sentir, para aprobar lo realizado y trazar los planes del porvenir.

Las distintas sesiones de la Reunión, en número de diez, se desarrollaron con todo orden, agotándose todo el programa que la Dirección General presentó en una carpeta con la documentación completa. En esta forma todo el estudio se realizó, dentro del canon de las reuniones internacionales. En la crónica correspondiente, que aparece en este mismo BOLETIN se encuentran todos los detalles en un resumen de la Reunión. Las Actas de ella han sido enviadas a los Representantes, a los países y a las diversas instituciones interamericanas y mundiales.

Otra característica fue la asistencia de Observadores de distintas instituciones, especialmente interamericanas y de la O.E.A., lo que pone de manifiesto también la consideración que el INSTITUTO va adquiriendo en el concierto de las instituciones internacionales.

Esta Reunión asegura un futuro promisor para el año 1959 en el que el INSTITUTO va a desarrollar en América un magnífico programa que ha de culminar con el XI Congreso Panamericano del Niño que ocupándose exclusivamente sobre el Niño abandonado en América tendrá lugar en Bogotá del 22 al 29 de noviembre de 1959.

Finalmente fue una nota significativa el hecho de que tres mujeres representaran a tres países de América aportando junto con su talento y experiencia, la gracia de su femineidad.

EL PROGRAMA PARA 1959

El programa para el año 1959 fue ampliamente discutido en la XXXIX Reunión, de acuerdo con los planes presentados por la Dirección General y los Departamentos Técnicos del INSTITUTO. Posteriormente a la Reunión, la Junta de Cooperación Técnica de la O.E.A. aprobó el proyecto presentado por el INSTITUTO para un Seminario sobre el Niño Lisiado Motor que comenzaría en el año 1959 y se complementaría en 1960. Se realizará en la ciudad de México y a él concurrirán técnicos, en número de tres por país, de todas las naciones de América.

El Departamento Técnico continúa el año 1959 los Simposios sobre Nutrición Infantil, en las ciudades de Quito y Asunción. Este año estarán dirigidos más directamente hacia el niño y la familia rurales y tendrán lugar en febrero y marzo de 1959. Ellos serán un complemento de los que se realizaron el año 1958 en Cali y La Paz. Este programa de los Simposios se lleva a cabo en colaboración con el Unitarian Service Committee de Nueva York.

También este año 1959 se prepara una reunión de Expertos Jurídicos para realizar un estudio de la legislación de fondo de los países de América en lo relacionado con la organización de la familia y el abandono de los menores. El objeto es obtener bases de reorganización para llevar al XI Congreso Panamericano del Niño. Ya se ultiman los preparativos de lugar, fecha y técnicos jurídicos que asistirán.

El Departamento de Estadística ahondará, extenderá y perfeccionará los estudios en relación con la filiación en América.

Sobre Servicio Social hay un programa en elaboración que podrá probablemente llevarse a cabo en 1959 en colaboración también con el Unitarian Service Committee.

En cuanto a publicaciones, además de las ordinarias, BOLETIN, NOTICIARIO e Informativo, aparecerán este año el tomo con toda la información y trabajos referentes a los Simposios de Cali y La Paz. Para el segundo semestre es propósito de la Dirección General que esté también publicado el primer volumen referente a la legislación de toda América sobre el niño y la familia. Además y en cuanto fuera posible se tratará de publicar el Manual para instrucciones de bienestar social, que fue traducido en Panamá en la Oficina que dirige la Srta. Elsa Griselda Valdés, nuestra Representante en ese país. Se están empezando las gestiones.

Finalmente en noviembre se realizará el XI Congreso Panamericano del Niño cuya preparación, en colaboración con las autoridades colombianas, ha de absorber gran parte de la actividad del INSTITUTO en el año 1959.

La Dirección General además de con sus Departamentos Técnicos, cuenta con la colaboración más entusiasta de todos los Representantes de los países de América, para que el magnífico programa de este año 1959 pueda ser llevado a cabo.

La XXXIX Reunión del Consejo Directivo

Del 1º al 5 de diciembre de 1958 se reunió en Montevideo, el Consejo Directivo. Esta Reunión tuvo un carácter especial no conocido hasta ahora en el INSTITUTO. Fue la primera vez que los Representantes, de acuerdo con el nuevo Estatuto eran auténticamente cada uno de su país, venidos especialmente a la Reunión. A pesar de los esfuerzos de la Dirección General, que aspiraba a que estuviesen presentes las veintiuna naciones americanas, ello no pudo ser conseguido. Por razones circunstanciales, de dos países no llegaron los Representantes y tres encargaron a sus diplomáticos la Representación. Pero dieciseis Representantes venidos de sus países concurrieron.

He aquí la lista de los Miembros del Consejo asistentes: Presidente, Dr. Félix Hurtado, Representante de Cuba; Vicepresidente, Dr. Marco Tulio Magaña, Representante de El Salvador; Secretario, Dr. Francisco Mardones Restat, Representante de Chile. En Representación de la Argentina, el Dr. Rafael Sajón; de Panamá, Srta. Elsa Griselda Valdés; de Bolivia, Dr. Luis Montaña Roldán; de Honduras, Dr. Joaquín Romero Méndez; de Uruguay, Dr. Alfredo Alambarri; de Haití, Sra. Janine Nelson; de Nicaragua, Dr. Rodrigo Quesada; de Costa Rica, Srta. Clarisa Mora; de Paraguay, Dr. Ricardo Odríosola; de Brasil, Dr. Mario Olinto; de Estados Unidos de América, Sr. Frederick DelliQuadri; de Perú, Dr. Otto Fiek Campodónico; de Colombia, Dr. Héctor Pedraza; Director General, Dr. Víctor Escardó y Anaya.

Los Embajadores de Venezuela, Dr. Manuel A. Pulido Méndez; de Ecuador, Dr. Leopoldo Benites Vinuesa y de México, el Encargado de Negocios ad interim, Licenciado Renato Irigoyen A., fueron también designados por sus Gobiernos.

Asistieron también a la Reunión los Directores de los Departamentos Técnico y de Estadística, doctores María Luisa Saldún de Rodríguez y Adolfo Morales respectivamente y como Encargado de Cuestiones Jurídico Sociales, el Dr. José P. Achard. Concurrió también en su carácter de Miembro de Honor del Consejo el Dr. Julio A. Bauzá y como ex Delegado Residente el Dr. Salomón Fabius.

En calidad de Observadores asistieron: por la Unión Panamericana, el Sr. Edward P. Davis; por la Oficina Sanitaria Panamericana, el Dr. Hernán Durán; por el Instituto Indigenista Interamericano, el Prof. Paulo de Carvalho Neto, por el Instituto Interameri-



La Mesa Directiva de la Reunión, el Presidente, Hurtado hablando, el Vice, Magaña,
el Secretario Mardones y el Director General Escardó.



Arriba a la izquierda, los Representantes DelliQuadri, de Estados Unidos de América, Srta. Valdés, de Panamá y Sajón, de la Argentina. A la derecha, Fieck, de Perú y Pedraza, de Colombia. Abajo, Alambarri, de Uruguay, Sra. Nelson, de Haití y Srta. Mora, de Costa Rica.

cano de Estadística, el Sr. Alfredo Fernández Villamil; por el Instituto Interamericano de Ciencias Agrícolas, el Dr. Manuel Elgueta; por el Instituto Uruguayo de Estudios Indigenistas, el Sr. Ignacio Soria Gowland y por la Administración de Cooperación Internacional del Gobierno de los Estados Unidos de América, (ICA) el Dr. Saúl Rubi.

DOCUMENTO PRESENTADO A LA REUNION. — En el prólogo del documento 39/58 presentado a la XXXIX Reunión se decía:

En el documento presentado a la Reunión XXXVIII de Lima, señalaba el Director General que el INSTITUTO se encontraba en una situación caracterizada por su escaso presupuesto, su escasa presencia en América y su escaso intercambio interamericano.

Las dos resoluciones importantes aprobadas en Lima tendieron a cambiar esa situación. El nuevo Estatuto dio mayor flexibilidad a la organización y el nuevo presupuesto de 80.000 dólares permitió auspiciar un porvenir mejor.

Esto ha determinado una presencia más activa en América, una comunicación interamericana mayor y como resultado un crecimiento de actividad, de intercambio, de publicaciones; en una palabra, más vitalidad.

Este documento en la parte que se refiere a las actividades del INSTITUTO hará ver a los señores Representantes la tarea efectuada, de la que ellos son entusiastas colaboradores. Sentirán así el optimismo que anima a la Dirección General con plena confianza en el futuro del INSTITUTO.

ACTAS. — Aunque ya fue anteriormente resuelto que las Actas irían aprobándose en las sesiones de la misma Reunión, con todo, como elemento de referencia fueron presentadas en el documento de la Dirección General.

ACTIVIDADES DEL INSTITUTO. — La circunstancia especial de que las Reuniones del Consejo Directivo se producen en épocas variables del año, hace que la Memoria deba necesariamente presentarse dividida. Así, el documento mencionado constó de tres partes:

- 1º Resumen breve del primer semestre de 1957 ya presentado en el documento de Lima (39/58/C.).
- 2º Complemento de la Memoria de 1957, de 1º de julio a 31 de diciembre (39/58/C).
- 3º Actividades del INSTITUTO en los diez primeros meses de 1958 (39/58/C.1).

En la primera parte se expuso el mejoramiento y organización del Departamento Técnico, con sus nuevos locales. Fue festejado ampliamente el XXX Aniversario del INSTITUTO, fortificándose las Relaciones Exteriores e intensificando la presencia del INSTITUTO en América. En este período se produjo en Lima la XXXVIII

Reunión del Consejo Directivo (Boletín Nº 122 de setiembre de 1957).

La segunda parte se refiere al segundo semestre de 1957, o sea desde la Reunión hasta el fin del año. Durante este semestre se operó ya con el nuevo Estatuto, pues el Consejo determinó que entrara en vigencia al término de la Reunión o sea a partir del 3 de agosto de 1957. Esto trajo aparejado una serie de modificaciones y el adaptar elementos y locales dentro del INSTITUTO. Los Simposios sobre Nutrición Infantil empezaron a prepararse, continuándose los estudios relativos a la legislación americana del niño y de la familia. Aunque este período fue en realidad de reorganización con todo se enviaron diversas delegaciones, se recibieron visitas e imprimieron varias publicaciones. Y sobre todo se empezó a trabajar preparando el cobro del nuevo presupuesto de 80.000 dólares, procurando que los Representantes se pusieran en contacto con los Ministerios respectivos. Es digna de mención la buena voluntad con que aquéllos respondieron a los requerimientos de la Dirección General. Pero no se olvide que en este semestre se operaba con el presupuesto de 55.000 dólares.

De todo lo relativo a la Reunión de Lima lo más importante fue la aprobación del nuevo Estatuto (Boletín Nº 122, de setiembre de 1957) que contribuyó a dar una estructura más ágil al INSTITUTO, sin cambiar en el fondo su orientación.

En este segundo semestre de 1957 la Dirección General abordó el cumplimiento de todas las disposiciones del nuevo Estatuto y de las resoluciones del Consejo, de las cuales la que dió lugar a más dificultades fue la del cambio de nombre por el de Instituto Interamericano del Niño. Se efectuaron los nombramientos necesarios para la organización estructural del INSTITUTO designando la Dirección General a la Dra. María Luisa Saldún de Rodríguez Directora del Departamento Técnico, al Dr. Adolfo Morales, Director del Departamento de Estadística, al Dr. José P. Achard que fue confirmado en el puesto de Encargado de Estudios Jurídico-Sociales y como Auxiliares a los Br. Pedro M. Achard (uruguayo). Ubaldino Calvento Solari (Argentino) y Srta. Margarita Almirón (Paraguaya). En misiones especiales fueron designados también el Sr. Fred DelliQuadri de los Estados Unidos de América, Consejero corresponsal (adviser correspondent) en cuestiones sociales de la infancia; a la Sra. Elisabeth Shirley Enochs confirmandola como Delegada del INSTITUTO en la Junta de Cooperación Técnica, lo mismo que como Delegada del INSTITUTO ante Washington (Washington Representative); a la Srta. Katharine Lenroot, se confirmó como Representante del INSTITUTO ante UNICEF en New York.

La tercera parte teniendo en cuenta que la XXXIX Reunión del Consejo se realizaría en el comienzo de diciembre, comprendió



Mario Ollinto de Brasil, los miembros de la Mesa Directiva y el Director General;
Odriósola, de Paraguay, Sajón de la Argentina y la Srta. Valdés de Panamá.



Además de la cabecera, aparecen los Representantes, Montaña, de Bolivia, Alambarri, de Uruguay, Quesada, de Nicaragua, Romero Méndez, de Honduras y los Directores de los Departamentos Técnicos Saldún y Morales,

sólo los diez primeros meses de 1958. Estos diez meses fueron de una intensa labor, que mereció el beneplácito del Consejo Directivo. Damos muy sucintamente una enumeración de lo realizado. Se continuaron los preparativos para el XI Congreso Panamericano del Niño en Bogotá (XI. 1959), estableciéndose una estrecha colaboración con el Gobierno de Colombia y elaborándose Reglamento y Agenda para que fueran considerados por el Consejo.

El XI Congreso Panamericano del Niño. — Este Congreso se reunirá en Bogotá (Colombia) del 22 al 29 de noviembre de 1959. En la Reunión de que damos cuenta (Montevideo, 19 al 5 de diciembre de 1958) fue sancionado el Reglamento del Congreso que junto con la Agenda, también aprobada, se publican en este BOLETIN, precedidas de dos normogramas de la organización del Congreso, que preparó el Departamento de Estadística del INSTITUTO.

Llamamos la atención a nuestros lectores y en especial a los que se encuentren vinculados al Congreso o se dispongan a asistir a él, sobre las disposiciones que pretenden darle una forma nueva, en el sentido de que todos los asistentes puedan tomar parte activa en él. El hecho de que sea uno solo el tema tratado "El niño abandonado en América" canalizará todas las inteligencias y las aportaciones que se presenten para poder llegar a conclusiones eficientes que puedan presentarse a los países para luchar contra el pavoroso problema del abandono del niño.

Continuó la preparación de los Simposios de 1959 por intermedio del Departamento Técnico. El Comité de programación de los futuros Simposios fue constituido por el Prof. Dr. Samuel Z. Levine de New York, la Sra. Elisabeth Shirley Enochs, Presidente Honoraria del INSTITUTO, el Dr. Henri P. Teulon, de la FAO y el Dr. Carlos Pérez de la O.S.P. INCAP junto con la Prof. Dra. María Luisa Saldún de Rodríguez, Directora del Departamento Técnico. A su vez, el Dr. Carlos Collazos Chiriboga, de Perú, el Dr. Alfredo Riquelme, de Chile, el Dr. Boris Rothman, de Argentina y el Dr. Walter Santos, de Brasil, fueron nombrados asesores del Departamento Técnico.

El primitivo proyecto de realizar en Sao Paulo Seminarios para Rehabilitación del Niño Lisiado Motor, no pudo realizarse por no poder entrar en el programa de la Cooperación Técnica de la OEA. Ahora ya se concreta en otro paralelo, en México para el cual el INSTITUTO ya está en relación con el Prof. Dr. Federico Gómez.

El Departamento de Estadística continúa sus tres proyectos de Recopilación de datos básicos, preparación de Cursos breves y problemas de filiación.

Los proyectos relacionados con estudios pedagógicos no han podido desarrollarse todavía por razones económicas. Debe desta-

carse la valiosa cooperación prestada por el Prof. José P. Puig. Director del Museo Pedagógico de Montevideo, que debe ser continuada, pero que por ahora ha sido interrumpida.

Las actividades en el campo del Servicio Social tampoco han sido emprendidas, como era el deseo de la Dirección General, pero ya se presentan probabilidades que han de poder desarrollarlas. La distinguida asistente social argentina Srta. Marta Ezcurra esperamos que pronto pueda desarrollar sus actividades, secundada en Montevideo por la asistente social uruguaya Adela Freire Muñoz, del Consejo del Niño.

Durante este período de los diez primeros meses del año 1958 tuvo lugar un acto de relieve en Washington con motivo de que el Secretario General de la O.E.A. Dr. José A. Mora invitara a los siete Directores de los Organismos Especializados de la O.E.A. a intercambiar ideas sobre las relaciones de estas instituciones con la O.E.A., entre sí y con las organizaciones internacionales. El Director del INSTITUTO presentó un extenso informe a propósito de todos los puntos propuestos por el Secretario General, indicando cuales eran las orientaciones del INSTITUTO y su concepto de los problemas a que en América daban lugar la intervención de múltiples instituciones, mundiales, interamericanas, estatales y particulares. La O.E.A. preparó al respecto un documento especial.

Los dos Departamentos Técnicos presentaron a su vez sus Memorias detalladas, por lo que el Consejo Directivo pudo apreciar en detalle la labor desarrollada, tributando un voto de aplauso por la gestión llevada a cabo por la Dirección General, sus Departamentos Técnicos y todos los que colaboran en este período de verdadero progreso del INSTITUTO.

Reglamento interno y de debates del Consejo Directivo. — Este Reglamento que no pudo ser tratado en 1958 es estudiado y aprobado ahora con algunas modificaciones.

Se comenzó luego el Reglamento presentado por la Dirección General para el personal. Este Reglamento no pudo ser estudiado totalmente, aprobándose en parte y encargando al Director General su aplicación dentro de lo que sea posible.

Reglamento del XI Congreso Panamericano del Niño. — Este Reglamento fue ampliamente discutido y finalmente aprobado. En este mismo BOLETIN se publica junto con los dos normogramas explicativos por lo que no es necesario hacer ninguna mención de él. Sólo es menester poner de manifiesto que de acuerdo con él, el nuevo Congreso tendrá una estructura especial dentro de la cual todos los asistentes podrán tomar parte activa, evitándose ese grupo, de todos los Congresos, que deambulan sin tener interés fijo en ninguna actividad.

Programa y Presupuesto para 1959. — Dentro del presupuesto de 80.000 dólares para 1959, se programan actividades que la Dirección General irá desarrollando a medida que sus posibilidades económicas lo permitan.

Departamento Técnico. — Simposios de Nutrición Infantil de Quito y Asunción.

Seminarios sobre el niño lisiado motor en México, como parte del programa de Cooperación Técnica de la O.E.A., tomando intervención en dos años —1959-1960— todas las naciones del continente.

Reunión de técnicos juristas como paso previo para iniciar la unificación básica de criterio en la respectiva legislación sobre el niño y la familia en los diversos países del continente.

Continuación del estudio de la legislación de los países de América, sobre el niño y la familia.

Departamento de Estadística. — Estudio y publicación en el BOLETIN de las cifras básicas de la infancia corregidas y ordenadas.

Cooperación en un movimiento continental para desarrollar y mejorar los registros civiles para facilitar las inscripciones de los hechos vitales de la infancia americana.

Están en estudio y probablemente serán realizados programas referente al Servicio Social y la Educación.

Se publicará un volumen sobre los Simposios de 1958, otro con la primera parte de la legislación y posiblemente una traducción sobre Servicio Social.

Y como preocupación constante todo lo referente a la preparación del XI Congreso Panamericano del Niño, en cooperación estrecha con las autoridades designadas por el Gobierno de Colombia.

Programa y presupuesto tentativo para 1960. — Dentro de un presupuesto de 120.000 dólares se aprobaron las líneas generales de un programa que será definitivamente aprobado en la Reunión del Consejo Directivo de 1959, en Bogotá.

Miembros de Honor. — El Consejo Directivo designó como Miembros de Honor a las siguientes personas:

Doctores Ernesto Nelson y Jorge Eduardo Coll, de Argentina, Dr. Luis Felipe González, de Costa Rica, Dr. Fernando Abente Haedo, de Paraguay, Dr. Pastor Oropeza, de Venezuela, Dr. Manuel Salcedo, de Perú, Dr. Jorge Bejarano, de Colombia y el Dr. Federico Gómez de México.

El XI Congreso Panamericano del Niño

Este Congreso se reunirá en Bogotá (Colombia) del 22 al 29 de noviembre de 1959. En la última Reunión del Consejo Directivo del Instituto (Montevideo, 19 al 5 de diciembre de 1958) fue sancionado el Reglamento del Congreso que junto con la Agenda, también aprobada se publican enseguida, precedidas de dos cuadros explicativos de la organización del Congreso, que preparó el Departamento de Estadística del INSTITUTO.

Llamamos la atención a nuestros lectores y en especial a los que se encuentren vinculados al Congreso o se dispongan a asistir a él, sobre las disposiciones que pretenden darle una forma nueva, en el sentido de que todos los asistentes puedan tomar parte activa en él.

El hecho de que sea uno solo el tema tratado "El Niño Abandonado en América" canalizará todas las inteligencias y las aportaciones que se presenten para poder llegar a conclusiones eficientes que puedan presentarse a los países para luchar con el pavoroso problema del abandono del niño.

REGLAMENTO DEL XI CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO

GENERALIDADES

FUNDAMENTOS

Según lo que determina el Estatuto del Instituto Interamericano del Niño en el inciso c) del artículo 5º, el Congreso Panamericano del Niño es uno de los órganos mediante los cuales cumple su acción el INSTITUTO.

Por otra parte el Capítulo VII del mencionado Estatuto dice:

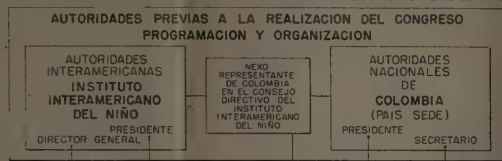
Art. 16. — El Congreso Panamericano del Niño, es una Conferencia especializada, intergubernamental, de acción cultural y científica, destinada a promover el intercambio de experiencias y conocimientos entre los pueblos de América, respecto a los problemas que corresponde atender al INSTITUTO y a formular recomendaciones tendientes a resolverlos.

Art. 17. — Salvo circunstancias especiales, el Congreso Panamericano del Niño, se reunirá cada cuatro años, convocado por el Consejo Directivo, en cooperación con el Gobierno del país sede del mismo, de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 10 del inciso i).

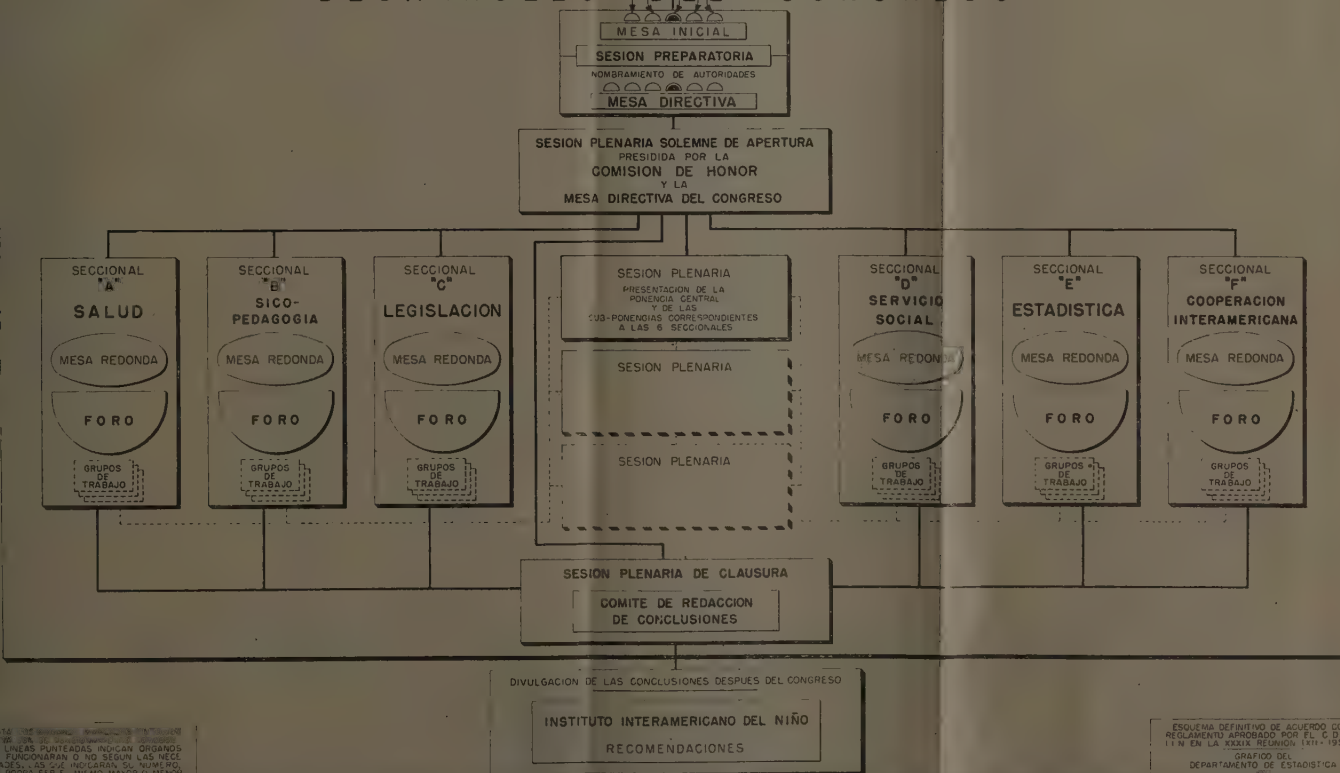
ESQUEMA GENERAL DE LA ORGANIZACION Y DESARROLLO PROGRAMADO PARA EL XI CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO

BOGOTA - COLOMBIA

NOVIEMBRE DE 1959



DESARROLLO DEL CONGRESO

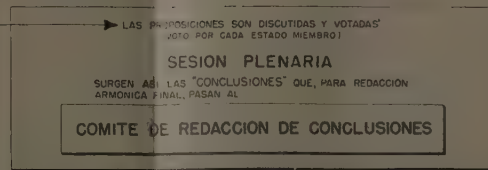
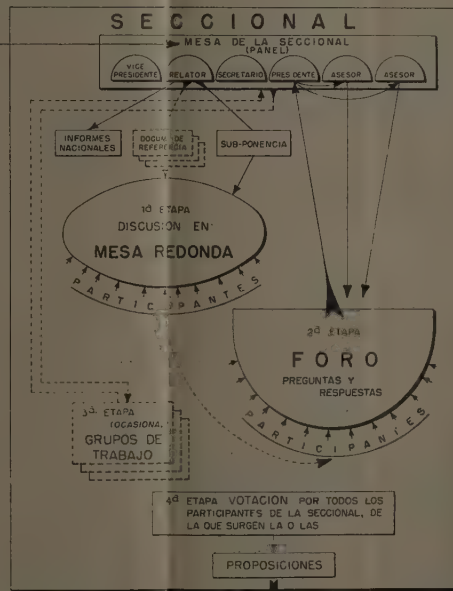
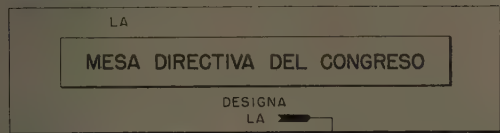


NOTA: Las líneas punteadas indican órganos que funcionarán o no según las necesidades. Así que indicarán su número que podrá ser el mismo mayor o menor que el que aparece en el gráfico.

ESQUEMA DEFINITIVO DE ACUERDO CON EL REGLAMENTO APROBADO POR EL C.D. DEL I.N. EN LA XXXIX REUNION (1958-1959).
GRÁFICO DEL DEPARTAMENTO DE ESTADÍSTICA
INSTITUTO INTERAMERICANO DEL NIÑO

XI CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO-BOGOTA, COLOMBIA-NOVIEMBRE 1959

MECANISMO DE TRABAJO EN CADA SECCIONAL Y UBICACION DE ESTA DENTRO DEL DESARROLLO DEL CONGRESO.



NOTA. LOS GRUPOS DE TRABAJO NO SON ORGANOS DE FUNCIONAMIENTO FORZOSO - SU NUMERO SERA TAMBIEN DETERMINADO SEGUN LAS NECESIDADES QUE SE PLANTEEN.

ESQUEMA DEFINITIVO DE ACUERDO CON EL REGLAMENTO APROBADO POR EL C.D. DEL I.I.N. EN LA XXXIX REUNION (XXII 1959)

GRAFICO DEL DEPARTAMENTO DE ESTADISTICA DEL INSTITUTO INTERAMERICANO DEL NIÑO

LINEAMIENTOS GENERALES

La experiencia ha demostrado que la organización de los Congresos y demás reuniones internacionales según los viejos moldes, conspiraba contra su propia eficiencia.

Se desconfía hoy del resultado efectivo que pueden dar las grandes sesiones con mucha ampulosidad de local y concurrencia, con grandes oradores y en las cuales las personas por el hecho de ser participantes y por más competencia que tengan en determinado campo se les obliga a someterse a la molestia de pesadas exposiciones en aspectos que no les interesan. Así cunde el desprestigio de las reuniones junto con el descorazonamiento y la pasividad de los concurrentes. Lo que se quiere ahora en los Congresos, y es lo que se pretende hacer en este XI Congreso Panamericano del Niño, es que los participantes, en lugar de ser espectadores pasivos de la elocuencia o de las demostraciones de un elenco de prominentes oradores, sean ellos mismos actores directos, que intervengan, participen y colaboren en la elaboración de todo lo que es menester manejar en un nivel práctico y accesible hasta llegar a conclusiones concretas.

Por eso se considera que se debe reducir al mínimo indispensable el número de las asambleas plenarias, así como su duración. En cambio es menester llevar al máximo posible el trabajo activo a las "Seccionales" en las que debe ramificarse el Congreso y aún, cuando sea necesario, dentro de las Seccionales, yendo a los Grupos de Trabajo. La labor efectuada en las Seccionales y en los Grupos de Trabajo es más efectiva, porque el ambiente que domina en ellas es más íntimo, más cordial, más familiar, porque actúan los participantes en un nivel de mayor compañerismo, ya que a su vez el nivel de verdadera especialización de esos grupos obliga a que convivan los verdaderos colegas. Quedan así reservadas a las Sesiones Plenarias la consideración del panorama general solamente, porque el trabajo conducente a las conclusiones ha sido realizado en el verdadero foco apropiado que es la Seccional o sus Grupos de Trabajo.

Debe destacarse el hecho de que la estructura del Congreso ramificada en Seccionales especializadas de igual nivel, evita la polarización del Congreso hacia un determinado campo restringido de especialidad. En otros términos, no se quiere que el XI Congreso Panamericano del Niño se convierta en un Congreso Médico o Jurídico o de Servicio Social por ejemplo. En cambio, se desea que los técnicos tanto de esos campos nombrados como de todos los otros también involucrados en los problemas de la infancia, tengan intervención equiparable. Esto permitirá que el

tema central pueda ser estudiado en forma integral, examinando los diferentes aspectos del magno problema.

Se estima que el número de participantes al XI Congreso Panamericano del Niño alcanzará a una cifra de 200, pues asistirán las siguientes personas:

Delegados de todos los Estados Miembros.

Los Representantes, que por designación de los Gobiernos representen a éstos en el Consejo Directivo del IIN (uno por país).

Altos funcionarios de la O.E.A. y del Instituto Interamericano del Niño.

Observadores de diferentes organismos.

Participantes a título personal.

De éstos, si bien los provenientes de los otros países serán en número limitado, de Colombia (país sede) habrá un número considerable.

En consecuencia, esa cifra básica de 200 no es más que una estimación que seguramente será sobrepasada en la realidad.

El trabajo permanente en conjunto, durante todo el Congreso, de una asamblea de tal importancia numérica, tendría múltiples inconvenientes, entre los cuales merecen citarse:

- 1º — La imposibilidad de una intervención activa de todos los participantes.
- 2º — el desgano, el aburrimiento o la ausencia de participantes de las sesiones cuando se tratan aspectos que no pertenecen al campo de su propia especialización.
- 3º — el predominio descollante de determinados participantes en mérito a su competencia personal, a su experiencia en actuación en Congresos, a sus dotes oratorias o a su prominencia nacional o internacional, que provoca la inhibición de muchos participantes que interesaría sobremanera que hicieran el aporte que pudiera surgir de su intervención activa.

Como se dijo antes, se piensa así que es menester reducir al mínimo el número de las sesiones plenarias de conjunto y, para permitir un trabajo efectivo, canalizar la labor del Congreso en seis Seccionales.

Este fraccionamiento del número total de asistentes, daría un número promedial de algo más de 30 personas en cada Seccional. Si a ésto se agrega que dentro de cada Seccional se podrán designar para el estudio de determinados aspectos, uno o varios Grupos de Trabajo, es evidente que el sistema propuesto dará oportunidad a que intervengan activamente la totalidad de los participantes.

El funcionamiento proyectado de las Seccionales merece también algunos comentarios. La designación de su Mesa, como lo establece el Reglamento, será efectuada en la sesión preparatoria

por la Mesa Directiva del Congreso. Se reconocen, así, condiciones particulares que indiscutiblemente debe tener la Mesa para hacer las designaciones en forma acertada tanto desde el punto de vista de la apropiada solvencia técnica de los participantes en quienes recaigan las designaciones, como desde el punto de vista de la distribución geográfica, de manera que todos los países estén equitativamente representados en las Mesas de las distintas Seccionales.

Se descarta que la Mesa Directiva del Congreso tendrá muy en cuenta las condiciones de las personas propuestas especialmente en lo que respecta a los cargos de Presidente, Vice y Secretario, en cuanto a la capacidad de dinamizar en todo lo posible el proceso de trabajo con intervención de todos los participantes de la Seccional.

Se piensa que la Seccional, una vez instalada, debe funcionar dentro del sistema de Mesa Redonda, inmediatamente a la presentación de la Ponencia Oficial que habrá hecho el relator mediante la lectura acompañada o no, de una exposición o de comentarios al respecto.

Una vez que haya sido suficientemente estudiada la Ponencia con auxilio o no de Documentos y de otros elementos de referencia, pero siempre con intervención activa del mayor número de participantes, la Mesa anunciará que queda clausurada la discusión en Mesa Redonda y la instalación del Foro respectivo.

Este Foro funciona entonces sobre el sistema de preguntas que el Presidente de la Seccional deriva al Asesor (o al participante) que considera en mejores condiciones para dar la correspondiente respuesta en la forma más concreta y ajustada.

En cualquier momento de la discusión, durante el funcionamiento de la Seccional como Mesa Redonda, la Mesa o cualquiera de los demás integrantes de la Seccional puede pedir que se designe un grupo especial de trabajo para considerar lo que se discute, elevando luego a la Seccional las resultancias a que haya llevado su estudio.

Se sobreentiende que la designación de un Grupo de Trabajo es procedente cuando se ha llegado a un punto de un aspecto en el que la discusión general no produciría mayormente o que siendo de muy particular especialización, dada la profundidad del punto, es conveniente no distraer en su consideración el conjunto de los integrantes de la Seccional, sino, en cambio, el pequeño núcleo presente de personas conocedoras y especializadas en el punto de cuyo intercambio de opiniones va a surgir una proposición provechosa.

El resultado de la labor realizada por el Grupo de Trabajo

debe ser llevado por éste al seno de la Seccional de la que depende, para su consideración.

De todo lo que se ha expuesto respecto al funcionamiento de las Seccionales, surge claramente que no está en el espíritu que las Mesas respectivas actúen a la manera de una autoridad dirigente dominante, sino a la manera de "panel" o sea a la manera de una autoridad solamente orientadora, de equilibrio y ordenación de las discusiones y del trabajo en general.

Las votaciones a que serán sometidas las Proposiciones que cada Seccional llevará a la Mesa Directiva del Congreso, serán efectuadas por simple mayoría de votos. En la Seccional todos los participantes tienen derecho a votar.

Cada Seccional sesionará en un local. Por tanto no habrá inconveniente en que las Seccionales se instalen o funcionen simultáneamente.

La extensión de los asuntos que dentro del tema central del Congreso, corresponden a cada Seccional, será lógicamente diferente o, aunque así no fuera, su consideración puede llevar, por su índole, a discusiones de distinta profundidad que darán diferente duración de funcionamiento de las distintas Seccionales. Esta circunstancia permitirá a los participantes actuar en más de una Seccional durante el desarrollo del Congreso.

En cuanto a la Mesa Directiva del Congreso, como autoridad máxima que es, durante el funcionamiento del mismo, actuará, además de la función dirigente de las Sesiones Plenarias, como órgano de orientación y consulta en relación con todas las Seccionales.

De esta manera, las Mesas de éstas, durante todo su funcionamiento mantendrán al corriente a esas autoridades, sobre el trabajo realizado y le pedirán la asesoría que crean necesaria.

Los integrantes de la Mesa Directiva del Congreso no deberían formar parte de las Mesas (o Paneles) de las Seccionales. Quedando libres de estas funciones al nivel circunscrito de las Seccionales, conservan su independencia adecuada para dominar mejor el panorama general del Congreso, realizando una labor de conexión, asesoría y dirección más útiles para el mismo.

Esto no elimina la posibilidad deseable de que los miembros de la Mesa Directiva del Congreso intervengan en forma colectiva o individualmente, tanto en la discusión en Mesa Redonda como en los Foros de las distintas Seccionales. Su presencia en éstas será tomada a los efectos de los asuntos que se estén tratando, a título de participantes y por lo tanto no desplazarán ni sustituirán a la Mesa de la Seccional en que se encuentren.

R E G L A M E N T O

I PARTICIPANTES

Art. 1º — Los participantes del Congreso son:

- a) El Consejo Directivo del Instituto Interamericano del Niño.
- b) Las delegaciones oficiales designadas por los Estados Miembros.
- c) Aquellas entidades o personas invitadas por la Comisión Organizadora del Congreso integrada por el Director General del IIN y las autoridades locales.

Art. 2º — La presentación de las credenciales correspondientes se hará en el sector de las Oficinas del Congreso destinado al efecto, preferentemente antes de la Sesión Preparatoria.

Art. 3º — Al inscribirse los participantes, deberán llenar el formulario correspondiente en el que figurará además de los datos filiatorios y su especialización, la o las Seccionales en las que desee tomar parte. Cuando manifieste interés en más de una Seccional, establecerá su orden preferencial, a fin de facilitar a la Mesa Directiva del Congreso la distribución de los participantes teniendo en cuenta el interés de éstos y la distribución numérica proporcional adecuada.

Art. 4º — Una vez finalizado el Congreso cada participante recibirá un diploma que acreditará su asistencia y el carácter en que participó.

II ORGANOS DEL CONGRESO

Art. 5º — Sesión Preparatoria. — Se entiende por Sesión Preparatoria la que tiene lugar antes de la Sesión de Apertura, con el objeto de proceder a la designación de las Autoridades del Congreso, así como también establecer la precedencia de las delegaciones. En esta Sesión se determinarán las providencias previas imprescindibles para la buena ordenación del desarrollo del Congreso.

La Mesa Directiva del Congreso, en la Sesión Preparatoria determinará las reglas que regirán los debates en las sesiones.

Art. 6º — Sesiones Plenarias. — Se entiende por Sesiones Plenarias aquellas que presididas por la Mesa Directiva del Congreso están integradas por el Consejo Directivo, el Director General y los Altos Funcionarios del Instituto Interamericano del Niño, y las delegaciones oficiales de los países americanos. A estas Sesiones Plenarias asisten los Observadores y todos los demás participantes. Las Sesiones Plenarias son de tres tipos:

- a) Sesión de Apertura
- b) Sesiones Ordinarias
- c) Sesión de Clausura

Las votaciones en todas las Sesiones Plenarias se harán por simple mayoría de votos de los Estados Miembros.

Art. 79 — **Seccionales.** — Se entiende por Seccional a cada uno de los grupos en que se distribuyen los Participantes del Congreso, a los efectos de tratar determinados aspectos del Tema Oficial.

Habrán seis Seccionales que serán:

- | | |
|-------------------|-------------------------------|
| a) Salud | d) Servicio Social |
| b) Psicopedagogía | e) Estadística |
| c) Legislación | f) Cooperación Interamericana |

Forman parte de una Seccional los participantes que se hayan inscripto en ella y funcionará en líneas generales a la manera de Mesa Redonda. Las votaciones de cada Seccional se efectuarán por simple mayoría de votos de participantes presentes. La proposición votada será transferida a la Mesa Directiva del Congreso para que esta la ponga en consideración en Sesión Plenaria.

Art. 89 — **Foros.** — Por resolución de la Mesa respectiva, el funcionamiento de la Seccional adoptará la forma de un Foro, en el cual se seguirá el sistema del planteamiento de preguntas por los participantes, las que serán contestadas por quien indique el Presidente de la Mesa (Relator, Asesores, etc.).

Art. 99 — **Grupos de Trabajos.** — Se entiende por Grupos de Trabajos, aquel núcleo de participantes que, por designación de la Mesa de la Seccional, se constituye, en caso de entenderse necesario, con objeto de estudiar un determinado aspecto o capítulo dentro de los que corresponden a la Seccional. Las votaciones dentro de los Grupos de Trabajo se efectuarán en la misma forma que en las Seccionales.

Art. 10. — **Comité de Redacción de Conclusiones.** — Está formado por un Presidente designado en la Sesión Plenaria del Congreso que forma parte de la Mesa Directiva y por los Relatores de cada una de las Seccionales.

III AUTORIDADES

Art. 11. — Las autoridades del Congreso son:

- Autoridades previas a la organización del Congreso;
- Autoridades vigentes durante el desarrollo del Congreso.

Art. 12. — **Autoridades previas.** — Las Autoridades previas a la realización del Congreso son de dos tipos:

- El Consejo Directivo del Instituto Interamericano del Niño.
- Las autoridades organizadoras designadas con ese fin por el Gobierno de Colombia (país sede).

Art. 13. — El Representante de Colombia en el Consejo Di-

rectivo del INSTITUTO, del que forma parte por designación del Gobierno Colombiano, actuará como nexo de unión entre el Instituto Interamericano del Niño y las Autoridades Nacionales designadas para organizar el Congreso en la parte que le corresponda. La función de nexo de unión por parte del Representante ante el Consejo Directivo del IIN no es excluyente de cualquier posición que el Gobierno de Colombia entendiera oportuno asignarle dentro de las Autoridades Organizadoras Nacionales previas al Congreso.

Art. 14. — Tanto las Autoridades Interamericanas como las Nacionales de Colombia y el Representante que actuará como nexo de unión entre ambas, procurarán mantener la más estrecha vinculación con la Oficina representante de la O.E.A. en Colombia, a través del Director de ésta. Esa vinculación pretende mantener informada y lograr la mayor conjunción de esfuerzos de las acciones que desarrolle la O.E.A. contribuyendo al mejor éxito del Congreso.

Art. 15. — Autoridades durante el funcionamiento del Congreso. — Al reunirse las Delegaciones Oficiales de los Estados Miembros en la fecha de iniciación del Congreso, en Sesión Preparatoria, ésta tiene carácter de asamblea soberana para nombrar sus autoridades y efectuar la distribución de cargos.

Art. 16. — La instalación de la Sesión Preparatoria será efectuada por las Autoridades Nacionales organizadoras, acompañadas por las Autoridades Interamericanas. En la iniciación de este acto actuará como Mesa el Presidente y el Secretario de las Autoridades Nacionales organizadoras de Colombia, acompañados del Presidente del Consejo Directivo y del Director General del Instituto Interamericano del Niño y del Representante de Colombia en el INSTITUTO.

Art. 17. — Al efectuar la designación de las Autoridades del Congreso (Comisión de Honor y Mesa Directiva de las Sesiones Plenarias), la votación será efectuada tomando un voto por cada Estado Miembro representado. Esto no obsta para que, en la discusión previa, tengan voz todos los participantes.

Art. 18. — Las votaciones serán efectuadas por simple mayoría de votos de los Estados Miembros.

Art. 19. — La Mesa Directiva del Congreso nombrada en la Sesión Preparatoria, es la autoridad máxima del Congreso, durante todo su funcionamiento hasta la clausura. Al asumir sus funciones recibirá todos los antecedentes y trabajos de organización que le sean entregados por las autoridades interamericanas y las nacionales del Gobierno de Colombia.

Art. 20. — Al efectuarse la Clausura del Congreso, la Mesa Directiva entregará al Instituto Interamericano del Niño todas las actuaciones inherentes al mismo, a los efectos del cumplimiento

de lo que establece el artículo 18 del Estatuto que dice: "El INSTITUTO será responsable de la divulgación de las Recomendaciones del Congreso y procurará su adopción por los Gobiernos y cooperará con ellos en su cumplimiento".

Art. 21. — La Mesa Directiva presidirá las Sesiones Plenarias del Congreso que serán las siguientes:

Sesión de Apertura

Sesiones Ordinarias

Sesión de Clausura

Art. 22. — La Mesa Directiva del Congreso estará constituida por:

Presidente

Primer Vicepresidente

Segundo Vicepresidente

Secretario General

Secretario de Actas

Presidente del Comité de Redacción de Conclusiones.

Art. 23. — Las Mesas de las Seccionales constituyen la autoridad que dirige el funcionamiento de las Seccionales y de los Grupos de Trabajo respectivos. Las Mesas de las Seccionales serán designadas por la Mesa Directiva del Congreso. Las Mesas de los Grupos de Trabajo, serán designadas por cada una de las Seccionales correspondientes.

Art. 24. — Las Mesas de las Seccionales estarán integradas por las siguientes personas:

Presidente

Vicepresidente

Secretario

Relator

Dos o más Asesores.

Art. 25. — Organismos Colaboradores previos a la realización del Congreso y durante su funcionamiento. — Estos Organismos Colaboradores funcionarán antes de la instalación del Congreso de acuerdo con las directivas que les impongan las Autoridades Nacionales de Colombia, que ofician como Comisión Organizadora en dicho país y que serán las que los designen.

Art. 26. — Durante el Congreso los Organismos Colaboradores continuarán en funciones a las órdenes de su autoridad máxima, que es la Mesa Directiva del mismo.

Art. 27. — Los Organismos Colaboradores serán los siguientes Comités:

a) Prensa y Propaganda. — El Comité de Prensa y Propaganda deberá organizar y llevar a cabo un plan completo, a fin de mantener informada a la opinión pública Nacional y del Con-

tinente, de todas las actividades que se van cumpliendo en la etapa de organización previa al Congreso, así como en la de su desarrollo.

b) **Finanzas.** — El Comité de Finanzas estará presidido por un integrante de las Autoridades Nacionales de Colombia designado al efecto y de acuerdo con las orientaciones impartidas por dicha autoridad. Recibirá los recursos económicos que le sean asignados e impartirá a la Administración las normas apropiadas para su manejo y distribución.

c) **Exposición.** — Este Comité tendrá por cometido ocuparse de todo lo relativo a la Exposición que funcionará simultáneamente con el Congreso. Dentro de lo posible esta Exposición comprenderá dos partes: la propiamente científica y la de divulgación popular. Dentro de lo que las circunstancias aconsejen se utilizarán como auxiliares de divulgación, las disertaciones y las proyecciones fijas y cinematográficas y las transmisiones radiales.

d) **Actividades sociales.** — (De este Comité dependerá un Subcomité de damas).

IV FUNCIONES DE LOS INTEGRANTES DE LAS AUTORIDADES.

Art. 28. — Mesa Directiva del Congreso. — Presidente: tiene por función:

- 19 — Presidir las Sesiones y dirigir los debates;
- 29 — Disponer el ordenamiento de las mociones;
- 39 — Ordenar las votaciones;
- 49 — Clausurar los debates cuando corresponda;
- 59 — Declarar clausuradas las Sesiones Plenarias.

Vicepresidentes. — Tienen por función: subrogar, por su orden, al Presidente, cuando se produzca su ausencia.

Secretario General. — Tiene por función:

- 19 — Colaborar con el Presidente en la ordenación de todos los aspectos inherentes al funcionamiento de las Sesiones Plenarias.
- 29 — Disponer las medidas administrativas pertinentes.
- 39 — Tomar las votaciones de las Sesiones Plenarias.

Secretario de Actas. — Tiene por función: Preparar y fiscalizar la ordenación del material correspondiente a las actas de las Sesiones Plenarias.

Presidente del Comité de Redacción de Conclusiones. — Tiene por función:

- 19 — Recibir el texto de las Propositiones y Mociones votadas en las Sesiones Plenarias a efectos de llevarlas al

Comité de Redacción de Conclusiones, para darle la redacción final;

- 2º — Independiente del funcionamiento de las Sesiones Plenarias, presidirá las Sesiones del Comité de Redacción de Conclusiones.

Art. 29. — Mesas de las Seccionales. — Presidente. — Tiene por función:

- 1º — Presidir las Sesiones de la Seccional;
- 2º — Dirigir los debates tratando de que todos los participantes intervengan activamente en la discusión de los asuntos.
- 3º — Interrumpir o clausurar las sesiones de discusión en Mesa Redonda y declarar abierto el Foro;
- 4º — Derivar al Asesor, o a quien creyere conveniente, para que responda y aclare las dudas que los participantes planteen a la Mesa;
- 5º — Disponer el ordenamiento de las mociones;
- 6º — Clausurar los debates cuando corresponda;
- 7º — Declarar clausuradas las Sesiones de la Seccional.

Vicepresidente. — Tiene por función: Subrogar al Presidente en sus funciones durante su ausencia.

Secretario. — Tiene por función:

- 1º — Colaborar con el Presidente en la ordenación de todos los aspectos inherentes al funcionamiento de las Seccionales;
- 2º — Disponer las medidas administrativas pertinentes;
- 3º — Confeccionar la lista de los oradores en orden cronológico de su solicitud;
- 4º — Confeccionar la lista de los participantes que desean formular preguntas y recibir el texto escrito de éstas durante el funcionamiento de los Foros;
- 5º — Tomar las votaciones de las sesiones de la Seccional;
- 6º — Preparar y fiscalizar la ordenación del material correspondiente a las actas de las Seccionales.

Relator. — Tiene por función:

- 1º — Hacer la presentación de las Ponencias Oficiales que le corresponda a la Seccional, dando lectura a ellas o efectuar una exposición adecuada de la misma. Estando presente el autor de una Ponencia Oficial, el Relator podrá ofrecer a aquél la presentación respectiva.
- 2º — Independientemente de esta función, dentro de la Seccional a que pertenezca, integrar el Comité de Redacción de Conclusiones del Congreso.

Asesores. — Como personas autorizadas que son, en mérito de la versación que poseen en materias vinculadas a los problemas tratados, tienen por función, por indicación

de quien dirige, responder a las preguntas o aclarar las dudas que los demás integrantes de la Mesa o los participantes planteen en la Seccional, durante la realización de discusiones en Mesa Redonda o en el Foro.

V DEFINICION DE LOS ELEMENTOS BASICOS DE DISCUSION DEL TEMA

Art. 30. — Tema Central. — Se entiende por Tema Central el que es motivo fundamental de la reunión de este Congreso y que por lo tanto debe ser examinado desde todos los puntos de vista comprendidos en las diversas Seccionales y Grupos de Trabajo del Congreso.

De acuerdo con lo resuelto en la XXXVIII Reunión del Consejo Directivo del Instituto Interamericano del Niño realizada en Lima, Perú, en Julio-Agosto de 1958, el Tema Central del XI Congreso Panamericano del Niño es "El Niño abandonado en el Continente Americano". Este tema incluye, naturalmente, al niño indígena.

Art. 31. — Ponencia Oficial. — Se entiende por Ponencia Oficial el documento presentado por la o las personas que las Autoridades previas Organizadoras designen. Las Subponencias son el fundamento y el punto de partida de la discusión en cada Seccional. Esto quiere decir que las Subponencias estarán canalizadas en las seis Seccionales del Congreso.

La determinación de las especificaciones atinentes a la Ponencia y Subponencias serán efectuadas con la suficiente antelación por el Instituto Interamericano del Niño, de acuerdo con las Autoridades Organizadoras Nacionales de Colombia, previas a la realización del Congreso.

Dentro de cada Seccional corresponderá por lo menos una Ponencia.

Art. 32. — Informe Nacional. — Se entiende por Informe Nacional, el documento presentado a título oficial por un Estado Miembro en relación con cualquiera de los aspectos del Tema Central. El Informe Nacional, debe ser presentado en capítulos, mencionando en cada uno de ellos, a cual de las Seccionales se refiere, para que cada una de ellas pueda estudiar la parte que le corresponda. Sería deseable que el Informe Nacional de cada país cubriera todos los aspectos del Tema correspondientes a las seis Seccionales del Congreso.

Art. 33. — Documentos de Referencia. — Se entiende por Documento de Referencia el que se utiliza a título complementario o aclaratorio sobre uno o varios de los aspectos que cubre cada Seccional. Estos documentos de referencia pueden ser de cuatro clases:

- a) Confeccionados a título oficial a pedido de las Autoridades Organizadoras previas del Congreso;
- b) Presentados por un país acompañando a su informe;
- c) Presentado por un participante del Congreso;
- d) Enviado por personas no participantes a título de contribución.

Art. 34. — **Proposición.** — Se entiende por Proposición el enunciado sintético con que cada Seccional interpreta expresar el resultado del estudio realizado sobre la base de la Subponencia correspondiente, de los Informes Nacionales, de los Documentos de Referencia, de los demás trabajos y de la discusión realizada.

Art. 35. — **Conclusiones.** — Se entiende por Conclusiones del Congreso el texto final que el Comité de Redacción de las Conclusiones configurará sobre la base de las Proposiciones, una vez que éstas hayan sido aprobadas.

Art. 36. — Habrá un ponente del tema central y seis ponentes en relación con el tema específico de cada seccional, designados por la Comisión Organizadora del Congreso.

El Título de las subponencias será:

- a) Los problemas de la salud en el niño abandonado
- b) La psicopedagogía en relación con el abandono
- c) La legislación sobre el niño abandonado
- d) El Servicio Social en relación con el abandono
- e) La estadística del abandono
- f) La cooperación interamericana en relación con el abandono.

Art. 37. — **Mociones.** — Se entiende por Mociones aquéllos enunciados sometidos a votación que no se refieren directamente al Tema Central.

Art. 38. — **Recomendaciones.** — Se entiende por Recomendaciones el texto definitivo que el Instituto Interamericano del Niño confeccionará sobre la base de las Conclusiones a que haya llegado el Congreso como corolario de sus trabajos y deliberaciones. Por lo tanto, no pertenecen a la esfera de acción del Congreso, pues son de la competencia exclusiva del Instituto Interamericano del Niño y tiene por finalidad constituir el instrumento mediante el cual se dirigirá a los Gobiernos de los Estados Miembros, en procura de soluciones favorables frente al problema de la infancia abandonada. En lo conceptual de su contenido constituirán un documento de doctrina a disposición de todos los técnicos, funcionarios y estudiosos, involucrados de una u otra manera en la solución del problema.

VI SECRETARIA Y ADMINISTRACION

Art. 39. — La Secretaría Administrativa del Congreso tendrá una actuación que cubrirá además de la fase de realización del

Congreso durante toda la duración de éste, la fase previa de preparación y organización. Una vez terminado el Congreso continuará en funciones el tiempo necesario para dar finalización a la tarea que se le hubiere encomendado.

Art. 40. — Durante la fase previa, deberá operar a las órdenes directas de quienes tengan función ejecutiva, dentro de las autoridades nacionales de Colombia previas al Congreso.

Art. 41. — Una vez instalado éste, sin perjuicio de las mencionadas conexiones anteriores, la Secretaría deberá actuar en estrecha relación con la Mesa Directiva del Congreso, debiendo cumplir las indicaciones que ésta imparta.

Art. 42. — La Secretaría deberá estar constituida de manera que a partir del momento en que se haya instalado el Congreso, pueda, además de conservar su estructura de una Oficina Central, destacar un número adecuado de funcionarios en las Sesiones Plenarias.

Art. 43. — Estos funcionarios estarán asistidos por Auxiliares. Estos Auxiliares desempeñan por lo tanto funciones accesorias de Secretaría, especialmente a disposición de los Congresales, con el objeto de prestarles auxilio en la transmisión de mensajes, en la distribución y recolección de circulares, trabajos y demás tipos de repartidos.

Art. 44. — La Secretaría deberá estar también capacitada para que, cuando estén en funcionamiento las Seccionales, pueda destacarse en cada una de ellas, un funcionario, por lo menos, que actuará a las órdenes de la Mesa de la Seccional. Ese funcionario actuará asistido por Auxiliares.

Art. 45. — Las actividades de la Secretaría son de dos clases:

1º — Al servicio del funcionamiento del Congreso;

2º — Al servicio de los participantes del Congreso.

Art. 46. — Las actividades del Servicio del funcionamiento del Congreso se refieren a lo siguiente:

a) Correspondencia y cablegrafiado oficial del Congreso. Se trata de una importante labor especialmente en la etapa previa a la realización del Congreso. La Secretaría deberá organizar con todas las previsiones necesarias, los archivos, ficheros y demás referencias, a fin de garantizar un ordenamiento riguroso y eficiente.

b) Oficina de documentos. — Las actividades de esta Oficina son de primordial importancia y deberán estar organizadas de manera que permitan el fiel cumplimiento de la caracterización de documentos, el dactilografiado, la reproducción, la compaginación y encuadernación, el control de existencias y el archivo de documentos. Para cada una de esas actividades existirá un funcionario responsable.

c) Traducciones. — La Secretaría deberá tomar las providen-

cias necesarias, para que este tipo de tareas se realicen con la mayor eficiencia.

d) **Fiscalización de grabaciones.** — Versiones taquigráficas y de confección de las actas.

e) **Ordenes del día de las Sesiones Plenarias, de las Seccionales, etc.**

f) **Locales.** — Mantendrá la suficiente coordinación con la Administración del Congreso para garantizar la disponibilidad de los locales necesarios y para que se provean en cada caso los implementos necesarios de acuerdo con las actividades programadas (proyecciones, cine, etc.).

g) **Facilidades para la interpretación simultánea de las Sesiones en dos o más idiomas.**

Art. 47. — Las actividades de la Secretaría al servicio de los congresales se refieren a lo siguiente:

a) **Recepción de las credenciales y demás documentación de los participantes;**

b) **Confección y entrega de los distintivos;**

c) **Distribución de correspondencia y de cablegramas, trabajos y demás repartidos;**

d) **Franqueo y envío de correspondencia y cablegramas;**

e) **Casillero personal.**

Art. 48. — La Administración del Congreso tendrá a su cargo todas las tareas referentes al manejo de fondos y adquisición de materiales, implementos y servicios necesarios para el desarrollo del Congreso. Las actividades de la etapa previa de organización y posterior, hasta la terminación de todas las acciones que hubieren quedado pendientes en el momento de la Clausura del Congreso, también serán de su competencia.

Art. 49. — La Administración actuará en el aspecto financiero a las órdenes del Comité de Finanzas dependiente de las Autoridades organizadoras designadas por el Gobierno de Colombia.

Art. 50. — En el aprovisionamiento de materiales e implementos de trabajo la Administración deberá actuar en estrecha coordinación con la Secretaría Administrativa del Congreso con el objeto de dar satisfacción a todas las necesidades que la labor, al servicio del Congreso, imponga.

Art. 51. — La Administración tendrá también bajo su responsabilidad el mantenimiento en condiciones de operación de todo el equipo de máquinas de escribir y duplicar, de proyectores de películas y de diapositivas, de teléfonos, intercomunicadores, etc., y de todos los muebles y útiles necesarios.

Art. 52. — La Administración ejercerá la supervisión del mantenimiento en buenas condiciones de servicio y a las órdenes de las Autoridades del Congreso, en los horarios que éstas dispongan, de los siguientes locales:

- a) Un local amplio adecuado para las Sesiones Plenarias;
- b) Seis locales apropiados para el funcionamiento de una Seccional en cada uno de ellos;
- c) Una sala para la Mesa Directiva y para el Comité de Redacción de Conclusiones;
- d) Local con suficiente área para las distintas oficinas de la Secretaría Administrativa;
- e) Local adecuado para las distintas oficinas de la Administración;
- f) Local para la cafetería;
- g) Locales de servicios higiénicos para ambos sexos.

Art. 53. — La Administración tomará las providencias necesarias para mantener durante el horario de funcionamiento del Congreso, servicio de café, té, bebidas refrescantes, sandwiches, cigarrillos, etc.

Art. 54. — Será responsabilidad de la Administración hacer los ajustes necesarios para las reservas de pasajes, etc., así como también tener un servicio de información turística y efectuar los ajustes en cuanto a excursiones, banquetes y a ubicación de los participantes en hoteles.

Art. 55. — La Administración tendrá a su cargo la supervisión de los servicios de Conserjería, Portería y de limpieza de todos los locales.

AGENDA DEL XI CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO

Será presentada una Ponencia central, seis subponencias (correspondientes a cada una de las seccionales) y diversos capítulos.

La extensión de la Ponencia central será de 5000 palabras, admitiéndose para publicación un excedente de hasta 20 %.

La extensión de las Subponencias correspondientes a cada una de las seis seccionales será de 3500 palabras como máximo.

La extensión de cada uno de los capítulos será de 2000 palabras como máximo.

La Ponencia central, las subponencias y los capítulos deberán ser presentados por duplicado a las autoridades organizadoras del Congreso de Colombia antes del 21 de setiembre de 1959 o sea 60 días antes de la iniciación del Congreso.

PONENCIA CENTRAL

El Abandono del Niño en América

Presentación de los lineamientos generales del problema.

Definición, clasificación, causas, epidemiología y tratamiento.

SUBPONENCIAS

A.— Los problemas de la Salud en el Niño Abandonado

Capítulo I. — Salud física infantil y familiar en relación con el abandono. Importancia de la nutrición.

Capítulo II. — Salud mental infantil y familiar en relación con el abandono.

Capítulo III. — Problemas sanitarios generales en relación con el abandono.

B. — La psicopedagogía en relación con el abandono

Capítulo I. — La educación, la instrucción y la cultura en relación con el abandono.

Capítulo II. — Adiestramiento del personal que actúa en el cuidado del niño abandonado.

C. — La legislación sobre el niño abandonado

Capítulo I. — Codificación de la legislación de menores.

Capítulo II. — La deserción familiar y su represión.

D. — El Servicio Social en relación con el abandono

Capítulo I. — La familia: su regularización social y su consolidación económica como base de la profilaxis y tratamiento del abandono infantil.

Capítulo II. — Influencia de los problemas socio-económicos del medio ambiente en el abandono infantil.

Capítulo III. — Acción del Servicio Social en el tratamiento y prevención del abandono.

Capítulo IV. — Transformación de las instituciones de tipo cerrado en instituciones abiertas de tipo hogar.

Capítulo V. — Colocación familiar.

E. — La estadística del abandono

Capítulo I. — Estadísticas del abandono.

Capítulo II. — Estadísticas de interés para el estudio del abandono.

F. — La cooperación interamericana en relación con el abandono.

Capítulo I. — Cooperación interamericana directa entre países.

Capítulo II. — Cooperación interamericana a través de los organismos interamericanos.

INFORMES NACIONALES

Los informes nacionales deberán tener una extensión no mayor de 5000 palabras en cada uno de los seis aspectos que se enumeran a continuación. Se encarece que sean tratados todos los aspectos y dentro de cada uno de éstos los puntos que se especifican en la manera más integral y concreta posible.

Aspectos sociales

- Concepto y definición
- Causas del abandono
- Factores que las provocan
- Clasificación y formas
- Evolución del abandono en relación con las medidas adoptadas
- Panorama futuro del abandono
- Tratamiento
- Maneras de evitarlo

Aspectos legales

- Legislación actual sobre el niño y la familia
- Modificaciones que se consideran necesarias.

Aspectos relacionados con la salud

- Las enfermedades en relación con el abandono
- Medicina social

Aspectos educativos

- Relación de la instrucción pública y de la educación, con el abandono

Aspectos estadísticos

- Estadísticas disponibles como medio de evaluación del problema

Cooperación Interamericana

- Ideas dominantes sobre este tema.

NOTAS ACLARATORIAS SOBRE EL REGLAMENTO

El artículo 19 del Reglamento fija los participantes del Congreso en forma somera. Se sobreentiende que el inciso a) com-

prende a los miembros del Consejo Directivo del Instituto Interamericano del Niño que son los Representantes de carácter permanente designados por cada uno de los Estados Miembros y además el Director General del INSTITUTO (art. 9º del Estatuto del IIN.).

De la misma manera el inciso b) incluye a todos los integrantes de las delegaciones oficiales de los Estados Miembros.

En cuanto al inciso c) estarán comprendidos en él considerándose como invitados los altos funcionarios del Instituto Interamericano del Niño y de la O.E.A., los Observadores designados por instituciones interamericanas, nacionales e internacionales oficiales y privadas y los concurrentes a título personal.

En lo que respecta al artículo 12, que determina las autoridades previas a la realización del Congreso, especifica en el inciso a) el Consejo Directivo del Instituto Interamericano del Niño que es la autoridad máxima del INSTITUTO. Como el Consejo no funciona en forma permanente las normas por él dictadas (Reglamento, Agenda, etc.) del XI Congreso Panamericano del Niño serán cumplidas a través de la Oficina que es el órgano de funcionamiento permanente del INSTITUTO a cuyo frente se encuentra la Dirección General (Estatuto del IIN).

Problemas de ordem econômica e social relacionados com a saúde e a alimentação das crianças e meios de resolvê-los

Por Pompeu Accioly Borges

(BRASIL)

Aqueles dos senhores que porventura se interessam pelas análises retrospectivas que os economistas patricios costumam fazer todo começo de ano, terão certamente lido ou sabido que produto nacional bruto, isto é, o valor global dos bens e serviços produzidos no país, alcançou em 1957 a casa do trilhão de cruzeiros, correspondendo a uma renda nacional líquida de quase 900 bilhões de cruzeiros. Venceu-se, assim, uma espécie de barreira do som nos domínios da macro-economia brasileira. Teremos, daqui por diante, de raciocinar em termos de uma unidade —o trilhão— reservado até agora ao mundo inacessível dos astrônomos.

Mesmo abstraindo o fato de que o cruzeiro, mercê da inflação, pouco vale, a cifra não nos dá vertigens e nem sequer euforia. Repartida a renda total pelos 62 milhões de brasileiros, tocará a cada um de nós a pobre quantia de Cr. 14.000,00 anuais, ou seja, menos de um terço do salário mínimo mensal. Além disso, essa média nacional disfarça a existência de desigualdades chocantes tanto no espaço geográfico, como na pirâmide social. Por habitante ela é três vezes maior no meio urbano do que no rural; cinco vezes menor no Piauí do que em São Paulo. Os empregadores urbanos e rurais, que numericamente representam apenas 5 % do total de pessoas ocupadas em atividades econômicas, auferem 40 % da renda total do país.

Por outro lado, se isolarmos todos quantos, nos campos ou nas cidades, contribuem diretamente, com o seu trabalho, para a produção de bens materiais, isto é, os assalariados rurais e urbanos, parceiros, rendeiros, pequenos proprietários e artesãos em geral, teremos um conjunto de 18 milhões de pessoas, que, não obstante totalizarem 86 % da população economicamente ativa, controlam apenas 1/3 da renda nacional.

Esse contingente, cuja capacidade aquisitiva roça perigosamente pelo nível mínimo que garante sua subsistência, se vê, por força de inelutável e conhecida lei, a braços com um pesado fardo de de-

pendentes. Em média, cada pessoa que trabalha no Brasil tem de provêr à sua subsistência própria e de mais duas pessoas inativas, na maioria menores de 15 anos, posto que esses somam 44% da população total do país. Tal como na repartição da renda, essa média não espelha a realidade de que, nas camadas pobres, o número de filhos menores supera a das classes ricas, e é mais elevado no campo do que nas cidades.

Perdõem-me êsse desfile de números e percentagens, mas não vejo outro jeito de dar-lhes uma idéia, pálida embora, da magnitude extraordinária da tarefa com que os senhores, especialistas ou estudiosos dos problemas de nutrição infantil, se defrontam. Por conseguinte, mergulhem de novo nas cifras.

O Brasil tem atualmente uma população de 62 milhões de habitantes, dos quais 21 milhões exercem atividades remuneradas e 41 milhões são dependentes, inclusive 27 milhões de crianças (menores de 15 anos).

Do contingente economicamente ativo 18 milhões, isto é, 86 % do mesmo, disfrutam, já vimos, apenas de 1/3 da renda nacional, o que dá per capita menos de Cr. 18.000,00 por ano, ou 1.500 cruzeiros por mês.

Mesmo admitindo nesse grupo a proporção de 1 para 2 entre o número de seus integrantes e o de dependentes (na realidade ela é maior), seríamos levados a concluir que 51 milhões de brasileiros, entre os quais 21 milhões de crianças, dispõem, em média, cada um, de 6.000 cruzeiros por ano ou 500 cruzeiros por mês para satisfazer as necessidades elementares à vida, entre as quais a alimentação representa mais de 50 % dos gastos.

Essa renda ínfima, ridícula mesmo, responde pelos altos coeficientes de mortalidade geral e infantil ainda imperantes em nossa pátria, para os quais concorrem, em alto grau, as carências alimentares do povo brasileiro e, particularmente, do seu grupo mais vulnerável, o das crianças. As cifras, nesse tocante, são de uma eloquência terrível. Dos 2,5 milhões de crianças que nascem anualmente no Brasil, 400 mil morrem antes de completar 1 ano, óbitos êsses que perfazem a metade do total verificado em tôdas as demais idades.

A redução dessa impressionante sangria demográfica muito dependerá do aumento da renda real per capita, sobretudo das classes mais pobres, onde a mortalidade infantil atinge níveis intoleráveis, da ordem de 300 por mil e até mais.

É enorme o significado econômico do desfalque que sofremos em consequência de um elevado coeficiente de mortalidade infantil. Isto porque, em termos econômicos, a gestação e o nascimento de uma criança representam despesas consideráveis, verdadeiro investimento para a formação de um capital, que, com a morte da criança,

desaparece, dissipa-se instantaneamente, antes que venha a produzir renda, seja a derivada do trabalho humano, seja essa outra, não mensurável, traduzida nas alegrias e prazeres que a criança traz à vida dos casais.

Dado o montante gigantesco dos gastos que qualquer plano de assistência directa demandaria ante os efectivos avultados dos grupos vulneráveis a atender, parece-nos evidente que a solução do problema da nutrição infantil está na estreita dependência do desenvolvimento econômico do país. Quando a mortalidade infantil no estado de São Paulo cai de 160 por mil em 1940 para 107 por mil em 1950, isso resulta muito mais da elevação da renda per capita dos paulistas, que dos efeitos de qualquer programa de caráter assistencial.

Quem se der ao trabalho de compulsar os dados de mortalidade do século passado verá que, por volta de 1880, quase todos os países da Europa Ocidental estavam com seu coeficiente de mortalidade em torno de 20 por mil habitantes. Nessa época a medicina ainda engatinhava, pois só poucos anos antes Joseph Lister introduzira os princípios de antisepsia e as descobertas da era pasteuriana ainda não haviam dado todos os seus frutos.

Pois bem, hoje, na era dos antibióticos e dos maravilhosos recursos de que dispõe a medicina moderna, os países subdesenvolvidos, inclusive o Brasil, acusam mortalidade igual ou superior à daqueles países em 1880.

A saúde, como já alguém o disse, é um bem como tantos outros, que só se pode possuir quando se dispõe de dinheiro para comprá-la.

Essa vinculação talvez se afigure um tanto óbvia, mas envolve implicações importantes no que tange à hierarquização dos investimentos.

Como sabem, o aumento da renda real per capita, que comanda e mede o progresso econômico de um país, é um processo cumulativo de capital. Há que investir — e investir bem — nos setores e nos empreendimentos de maior rentabilidade, através da mais feliz conjugação dos fatores de produção.

Não raro, todavia, o econômico colide com o social. Este é o drama do administrador brasileiro, que hesita ante dilemas desse ordem:

Onde investir?: No sul do país, onde as terras são férteis, a energia é abundante, a mão de obra qualificada e o mercado de grandes dimensões, ou no nordeste semi-árido, falta de recursos, de trabalhadores bisonhos e populações de fraco poder aquisitivo?

Que mais convém?: Construir hospitais e escolas, distribuir leite às crianças, difundir a merenda escolar, ou abrir estradas, montar siderúrgicas e usinas hidroelétricas?

Dar prioridade à indústria, dela esperando os equipamentos e os fertilizantes de que a agricultura carece para sua modernização, ou realizar uma reforma agrária capaz de romper essa armadura latifundiária que estrangula a produção e a mantém atada a uma tecnologia obsoleta?

De minha parte, talvez por deformação profissional, pouco entusiasmo sinto pelas iniciativas de caráter assistencial.

Num país que ainda espera a solução de seus problemas de base e de poupanças tão escassas, a boa política é investir de preferência naquilo que resulte um bem para o malor número. Os grupos vulneráveis brasileiros abrigam milhões de seres e, dada a exiguidade dos recursos financeiros disponíveis, só pequena minoria poderá ser beneficiada por qualquer plano de assistência, seja de que tipo for: alimentar, médica, etc.

Em minha opinião o país necessita mais do economista, que do sociólogo; mais do médico sanitaria, que do clínico; mais do engenheiro, que do educador; mais do agrônomo, que do nutricionista.

Dai não se infira que eu ache inócua ou destituido de interesse um simpósio de nutrição infantil. Muito ao contrário. Nenhum problema do Brasil deve ser deixado à margem. Cabe aos especialistas estudar cada um deles, de todos os ângulos possíveis, e apontar-lhes as melhores soluções técnicas. Evitemos, porém, as generalizações e a tendência — tão nossa — de enxergar no campo em que atuamos a chave da salvação do país. Confiemos aos homens de Estado, aos conselhos superiores da nação, aos técnicos de idéias gerais a hierarquização dos problemas a solucionar, dos investimentos a realizar.

Consideraciones sobre un estudio integral de niños a cargo del Estado que egresan de la División Primera Infancia del Consejo del Niño:

a) A Segunda Infancia; b) a su familia; c) para legitimación adoptiva. ⁽¹⁾

Por el Prof. Dr. Rito Etchelar

(Uruguay)

Haré sólo breves consideraciones sobre el niño a cargo del Estado en su estadía en la Cuna y Colocación Familiar y me ocuparé fundamentalmente del egreso del mismo, aunque también con limitaciones por razones de tiempo ya que, cada uno de los motivos de egreso merecería una investigación especial que llevaría un estudio mucho mayor del que disponemos para el total de esta exposición.

Los motivos de ingreso a la Cuna siguen siendo semejantes desde hace diez años, fundamentalmente motivos socio-económicos. La ilegitimidad llega en estos niños a un 32%. El Servicio Social evita el 50% de los ingresos.

Es interesante destacar que el número de niños no prematuros ingresados en estos últimos años ha disminuído relativamente; todo lo contrario ocurrió con los prematuros, cuyo ingreso aumentó.

La estadía en la Cuna Interna, lugar de pasaje obligatorio del niño hacia Colocación Familiar, se caracterizó por baja mortalidad pero no por recuperación nutritiva ostensible, con todos los inconvenientes conocidos de los internados en nuestro medio, de orden asistencial, higiénico y síquico.

Como dije, estadía de pasaje. Sólo quedan por más tiempo los distróficos, que se recuperan lentamente, hijos de madres menores o retardados mentales, muchas veces de difícil ubicación en hogares sustitutos.

La Colocación Familiar tiene todas las ventajas para la asistencia integral del niño a cargo del Estado. Los resultados lo comprueban: su recuperación nutritiva evidente, su síquismo y su curva de mortalidad, que ha descendido a cifras verdaderamente notables. (Ver gráfico).

Todo ello es consecuencia de un mejoramiento de los medios terapéuticos, unidos a una mejor vigilancia del niño, de una mejor nutrición y, en estos últimos años, de una mayor selección de

(1) Este trabajo fue presentado a la Reunión Nipiológica, realizada en la Casa del Niño el 18 de setiembre de 1958.

los hogares sustitutos, que los aproxima, en su asistencia integral, al hogar adecuado para esta época de su desarrollo. Si comparamos esta mortalidad insignificante con la de un 20 por mil en la Cuna Interna, vemos que la misma, aunque en general se refiere a distintos valores humanos (edad, distrofia, etc.), pone en evidencia que el hospitalismo, consecuencia de los internados, constituido por un conjunto de elementos ya conocidos, pero donde últimamente se han destacado los factores psicológicos, sigue siendo un pobre medio de protección integral de niños.

El conjunto de cuidadoras con que contamos actualmente dista mucho, felizmente, de las antiguas cuidadoras de niños de asilo y ofrecen al niño un hogar donde está protegido y asistido integralmente.

Hemos hablado de la mortalidad y su evolución en los niños a cargo del Estado.

Debemos considerar además, y este es el objeto fundamental de esta charla: 1º) los aspectos del niño que pasa a Segunda Infancia; 2º) el niño que se reintegra a su hogar; 3º) el niño en Custodia.

1) Egreso por pasar a Segunda Infancia (tres años de edad)
(Estudio somático, neurológico y social).

Egresan a Segunda Infancia alrededor de 100 niños por año. Los niños que pasan a Segunda Infancia corresponden, desde el punto de vista somático, a niños normales, hipotroáficos no prematuros y niños prematuros. Estos últimos en una proporción de 12%.

La evolución ponderal nos dice que el 70% de los niños al llegar a los tres años tienen un peso normal o superior al normal y que el niño prematuro generalmente no ha recuperado a esa edad su peso normal, acentuándose habitualmente esa deficiencia en relación al grado de prematuridad. Precisamente constituyen éstos la parte más importante dentro del porcentaje (30%) de los que no han alcanzado su normalidad ponderal.

El estudio neurológico de los mismos da, a través de sus cuatro conductas, según el método de GESELL, los siguientes resultados:

Conducta motriz

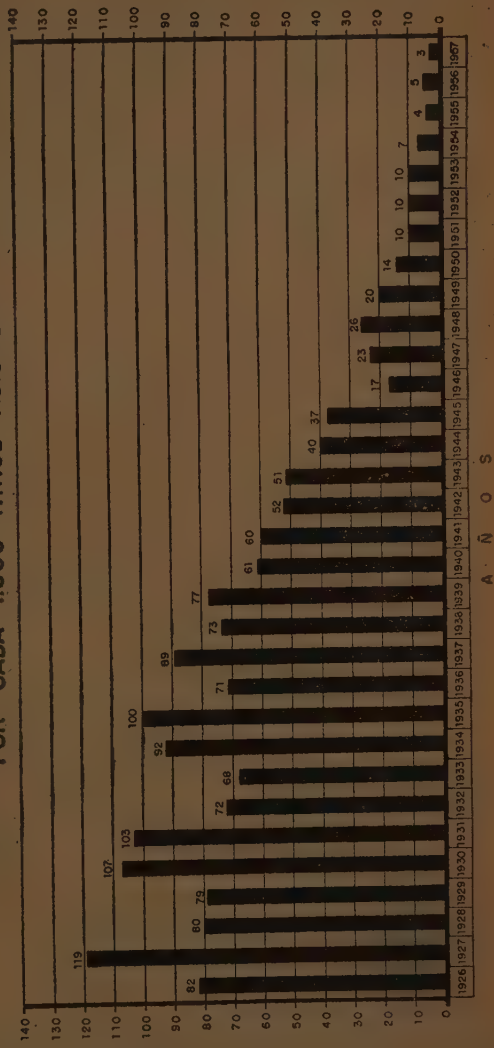
Normales: 80 %
Marginales: 17 %
Debilidad mental: 3 %

Conducta adaptativa

Normales: 44 %
Marginales: 51 %
Debilidad mental: 5 %

CONSEJO DEL NIÑO
DIVISION PRIMERA INFANCIA

MORTALIDAD EN EL SERVICIO DE COLOCACION FAMILIAR
POR CADA 1,000 NIÑOS ASISTIDOS



Conducta del lenguaje	Normales: 42 %
	Marginales: 51 %
	Debilidad mental: 7 %
Conducta personal-social	Normales: 67 %
	Marginales: 29 %
	Debilidad mental: 4 %

En suma, en el estudio de las conductas hay una igual proporción entre las cifras de normalidad y las marginales, salvo para la conducta motriz, donde hay un predominio evidente de normalidad (80%) y se mantienen en cifras poco variables los casos de debilidad mental (alrededor del 5 %).

Motivos sociales de egreso a Segunda Infancia

¿Por qué pasan los niños a Segunda Infancia?

Desde luego la ilegitimidad que al ingreso a la Cuna era de un 30%, llega aquí a un 83%, cifra muy semejante a la de los niños que salen en Custodia para futura Legitimación adoptiva o adopción y que alcanza a un 88%, elementos que confirman una vez más que el niño ilegítimo es el que más debe preocuparnos, por su desamparo, desde el punto de vista médico y social, ya que también su mortalidad es mayor que la del legítimo.

Las causas principales por las cuales los niños debieron ingresar a los Servicios de Segunda Infancia son, unas de orden médico (taras mentales de la madre o del niño), otras de orden moral (prostitución de la madre, etc.), otras de orden económico (trabajo de la madre, etc.).

Sin embargo debemos decir, de acuerdo a nuestra experiencia, que, si profundizamos debidamente con un Servicio Social suficiente y capaz, lo que estamos distantes de tener, hay a veces situaciones de comodidad y entendimiento entre la madre del niño y la cuidadora, que han resuelto un problema temporario y que puede tener graves consecuencias al reintegrar posteriormente ese niño, ya adaptado al hogar sustituto, a su medio familiar. Por ello debemos de tratar de solucionar su problema antes de su pasaje a Segunda Infancia.

II) La reintegración a la familia de los niños internados puede producirse durante su época de permanencia en la Cuna Interna, o cuando ya han pasado a los hogares sustitutos.

En la primera etapa (Cuna Interna), se reintegran a su familia aproximadamente un 28% de los niños no prematuros, mientras que el prematuro se reintegra en un 80%, ya que la causa que motivó su ingreso fue fundamentalmente de orden médico.

Podemos decir que ningún niño de la Cuna Interna o del Servicio de Colocación Familiar egresa a su familia sin que tenga un informe favorable del Servicio Social respecto a la misma.

Con referencia a la reintegración a su hogar del niño en Colocación Familiar, la misma es aproximadamente de un 23%, cifra que seguramente puede ser mejorada si nuestro Servicio Social fuera suficiente en cantidad y calidad, para mantener una acción constante sobre el núcleo familiar de donde el niño procede.

La carencia de un número suficiente de Asistentes Sociales es además la causa de que la vigilancia del niño que ha sido reintegrado a su hogar pueda hacerse sólo de una manera esporádica.

Debemos destacar que el hijo ilegítimo de madres menores internadas en el Albergue de Madres de la Casa del Niño, muchas veces al egresar del mismo con sus familiares, junto con su madre, o con ésta al medio social (por contraer matrimonio, ubicación definitiva en el Consejo del Niño u Hospital de Clínicas, etc.) tienen su situación resuelta sobre todo en dos aspectos fundamentales: 1º) Se mantiene el vínculo afectivo entre madre e hijo, y 2º) se ha solucionado la situación económica de ambos.

III) Egreso en Custodia para futura legitimación adoptiva o adopción.

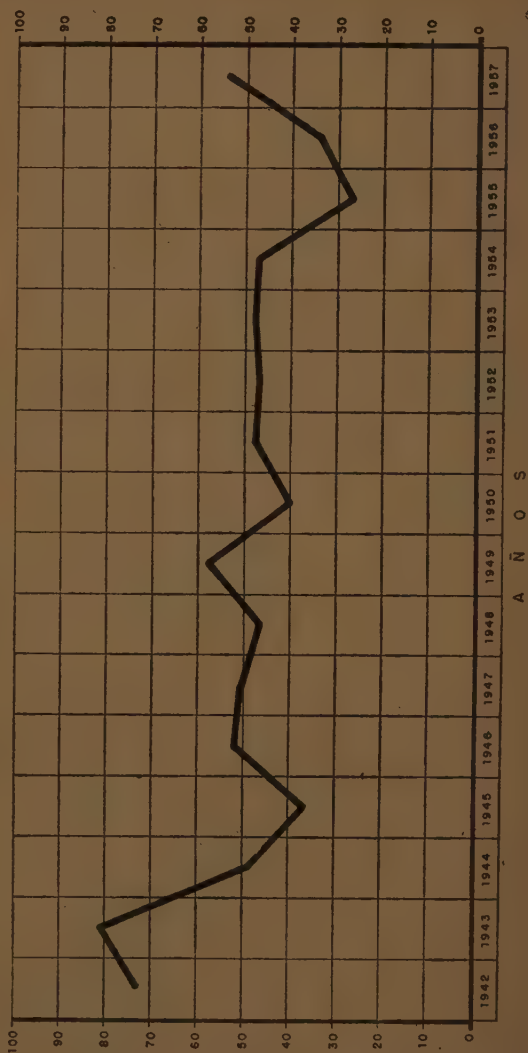
Como se ve en el gráfico, el número de niños que sale en Custodia oscila entre 50 y 60 anualmente.

Posteriormente a la Ley de Legitimación Adoptiva, era excepcional que se diese niños para adoptar, ya que dicha Ley ofrecía mucho más garantías para el bienestar futuro del niño que la Ley de Adopción.

El criterio expuesto no siempre se ha tenido en cuenta últimamente, frente al problema del "trauma síquico" estudiado fundamentalmente por BOWLBY.

Del mismo modo ha primado últimamente el criterio, basado en los mismos motivos, de dar preferencia a las cuidadoras, en lo que respecta a custodia de menores con fines de legitimación. Un hecho demostrativo es que, en años anteriores, era raro otorgar niños para legitimación adoptiva o adopción a cuidadoras, salvo condiciones muy especiales de ese hogar, mientras, en el año 1957, han sido otorgados a su cuidadora un 26% de niños y, en lo que va de 1958, este porcentaje ha aumentado a un 59 %. criterio que no comparto de acuerdo a mi experiencia. Anteriormente eso era excepcional. Es indudable que los medios que utilizamos actualmente para la valorización del niño y de los hogares adoptantes, han mejorado. Se hace un estudio más profundo de los problemas del niño desde el punto de vista médico, social y psicológico, por per-

NIÑOS DADOS EN CUSTODIA PARA ADOPCION O LEGITIMACION ADOPTIVA



sonal experto para esa finalidad. El análisis del medio al cual va a ir el niño o donde ya está (Hogar sustituto) se hace de una manera más cuidadosa, estudiándose principalmente la adaptación del menor al nuevo hogar por una Asistente Social experta en estos problemas y, en casos excepcionales, por la sicóloga. Ello nos revela, en forma global, que los niños de esa edad, cuando se reciben con afecto, se adaptan rápidamente al nuevo hogar, cuando esa situación se ha producido dentro de los tres primeros años de edad (hasta donde en general llega nuestra experiencia); salvo en casos excepcionales, ese estado emocional ostensible persiste más allá de las 24 horas.

Es indudable que el tema es mucho más complejo si tenemos en cuenta ideas de GESELL y últimamente de BOWLBY y requeriría observaciones más cuidadosas de estas situaciones, pero, podemos afirmar, basados en nuestra experiencia de 14 años, que los niños de primera infancia se adaptan, como he dicho, sin trastornos evidentes, a esta nueva situación, siendo habitual que se produzca en ellos una mejoría física inmediata, traducida en los índices ponderales y que, desde el punto de vista psicológico, también hay mejorías destacables, aún en niños en quienes se sospechaba cierto retardo. Quiero destacar que estos niños entregados en Custodia para legitimación adoptiva son vigilados regularmente por personal experto hasta que, por su edad, egresan a Segunda Infancia.

En conclusión, sobre el estudio integral de los niños que egresan de la División Primera Infancia, podemos afirmar:

- 1º) Que los internados siguen siendo inconvenientes para el desarrollo somático y síquico del niño, por factores ya conocidos que constituyen elementos difíciles de desterrar.
- 2º) Que los daños en su nutrición, infecciones repetidas, falta de atención materna o familiar de los mismos, contribuyen fundamentalmente a estos resultados.
- 3º) Que debemos intensificar más la profilaxis del ingreso, por el Servicio Social y, en cuanto a los internados, tratar de que la estada sea pasajera, restituyendo lo más pronto posible al niño a su hogar u hogar sustituto.

Los internados para lactantes siguen y seguirán siendo centros de distrofia de los mismos, como lo hemos manifestado reiteradamente, de acuerdo a observaciones en el hospital y en la Cuna Interna de la Casa del Niño.

- 4º) Que la mortalidad de los niños que van a los hogares sustitutos, seguramente se aproxima ya, por su insignificancia, a la mortalidad de los niños bien asistidos que viven en hogares adonados. Ello traduce una mejoría evidente en su nu

- trición, base de sus defensas, seguramente completado por el afecto necesario que requiere el cuidado de estos niños.
- 5º) Que el pasaje a Segunda Infancia de algunos de estos niños sigue siendo, salvo algunas excepciones, un problema de difícil solución con los medios actuales de que disponemos (escaso personal de Asistentes Sociales aptas) para profundizar más los problemas y buscarle una solución adecuada al niño del Estado.
- 6º) Que la custodia con fines de legitimación adoptiva sigue siendo, en esta edad, el sistema más apropiado para asegurar el bienestar de estos niños a cargo del Estado en situación de abandono.
- 7º) Que seguramente la reintegración al hogar, orientación normal, debe ser nuestro norte en la protección integral del niño, cuando ese hogar ofrece al mismo las garantías necesarias para su total seguridad.
-

Contribución al tema: La mortalidad infantil

Por el Dr. Francisco J. Menchaca

(Argentina)

"Es probablemente la primera vez en la historia de la humanidad en la cual los cambios en todos los frentes son tan rápidos, que lo que una generación ha aprendido en materia de cuestiones prácticas referentes a política, industria, comercio y tecnología, es de poco valor para la siguiente... Son principios, principios permanentes, y no datos, ni hechos, sino principios los que las nuevas generaciones requieren para encontrar su camino entre las perplejidades del futuro".

Del discurso con que el actual presidente de la Asociación Americana de Salud Pública, Dr. John W. Knutson asumió su cargo. (Am. J. P. Health, 47; 1487; diciembre 1957).

SUMARIO: I. Introducción; II. Definición del problema; III. Estadísticas; IV. Causas; V. Bases para la lucha; VI. Conclusiones; VII. Resumen; VIII. Bibliografía.

I — INTRODUCCION

No debe extrañar la frecuencia con que el problema de la mortalidad infantil aparece en el programa de las reuniones médicas. Recuérdese, para estimarla en toda su importancia, que su tasa demográfica es tenida por seguro índice de desarrollo de una colectividad. Explicable resulta, entonces, que la profesión médica bregando siempre por alcanzar sus etapas superiores de madurez, actualice de cuando en cuando la discusión del tema, significando con ello que su razón de ser como profesión, no consiste solamente en atender ésta o aquella persona deteriorada, sino integrar tal tarea con la consideración de cuestiones tales como la mortalidad infantil, vinculadas a causas con profundas raíces en los déficits colectivos o sociales.

Este propósito de actualizar periódicamente los aspectos fundamentales de la mortalidad infantil hace que los médicos deba-

mos preguntarnos en alguna circunstancia como puede ser la presente: ¿interpretamos cabalmente, es decir, tenemos bien definido y caracterizado lo que en el momento actual debe significar para nosotros ese fenómeno demológico que es la mortalidad infantil?, ¿tiene tal fenómeno una magnitud desusada o, por el contrario, su grado de evolución es satisfactorio?, ¿sus causas son las mismas y tienen la misma importancia de siempre?; y, finalmente, sobre la base de esta actualización de conceptos, ¿cuáles son los principios fundamentales que deben orientar la lucha a seguir?

Contribuir a la discusión que pueden originar estas preguntas es lo que se pretende con este trabajo nuestro, el cual, por muy comprensibles razones de espacio, se verá limitado a la exposición de principios, de orientaciones, de puntos de vista generales, y no de detalles o aspectos del problema, que ya han sido tratados "in extenso" en más de una oportunidad o en publicaciones suficientemente difundidas.

II — DEFINICION DEL PROBLEMA

¿Qué debe significar para nosotros, los médicos de esta época, la mortalidad infantil? Conceptuamos que para los médicos de la presente generación esta mortalidad debe significar una deficiencia fundamental de la cultura de la comunidad en que transcurrimos, de la cual por nuestra formación profesional sólo apreciamos principalmente las enfermedades de la infancia.

El médico de 1958 debe admitir que él está lejos de ser el factotum o elemento más importante en el proceso de la mortalidad infantil. Tranquilícese, entonces, su conciencia, siempre exigida por el imperativo de su vocación por curar enfermos: las raíces de la mortalidad infantil van más allá del "daño alimenticio", de los cuerpos microbianos, o de la debilidad congénita. Estos agentes deletéreos actúan y seguirán actuando mientras se mantengan activas las deficiencias culturales a que nos hemos referido.

¿Qué interpretación le estamos dando en este momento a "cultura"? Con este término significamos la transformación en elementos objetivos tales como leyes, instituciones, recursos económicos, bienes materiales, planteles profesionales, métodos y técnicas, etc., de ciertos valores vigentes en la comunidad como son la justicia, la caridad, el amor a la infancia, el sentido de solidaridad, la salud, la tradición, el bienestar común, etc.

A fin de ser más explícitos, permítasenos intentar este planteo esquemático: aquí, estarían esos valores o conceptos inmanentes en mayor o menor grado (salud, amor al niño, justicia, etc.), y allá, en potencia, la posibilidad de aquellas realizaciones objeti-

vas (recursos económicos y de personal, instituciones, técnicas y métodos, etc.); mientras haya déficits o interferencias fundamentales que impidan a aquellos valores transformarse en estas realidades, la mortalidad infantil seguirá azotando una comunidad, aún cuando los pediatras se desvivan por perfeccionar sus hibernaciones o los cardiocirujanos por conseguir pulmones artificiales; sea dicho esto último con propósito de ejemplificación.

Es posible que el colega que va siguiendo el desarrollo de estos conceptos piense o quiera decirnos ahora, exigido por el criterio realista que en razón a su tarea profesional le pide siempre soluciones inmediatas: ¿y cómo voy yo a poder modificar esas deficiencias culturales tan lejos de mis alcances? Contestaríamos así: aún cuando Ud. no pueda personalmente modificar en seguida el problema cuyas consecuencias tiene entre manos, por el mismo hecho de ser un problema no resuelto, le interesa tenerlo bien planteado, aunque (insistimos) no pueda conseguir su inmediata solución, es fundamental tener establecidos con la mayor claridad posible los términos o factores principales de dicho problema.

Para este esclarecimiento, para esta ampliación de los criterios médicos provistos por las escuelas naturalistas y mecanicistas predominantes en nuestra formación universitaria, es necesario un importante cambio en el enfoque integral y comprensivo que requiere la mortalidad infantil con miras a soluciones más exitosas. En esta época de modificaciones tan fundamentales en todo orden, los médicos debemos ser menos dogmáticos que nunca y estar listos a enriquecer nuestros conceptos usuales con aquellos nuevos provenientes de la impronta que las fuerzas y fenómenos sociales van dejando sobre la enfermedad o salud de la colectividad. Campos fértiles para la búsqueda e incorporación de estos nuevos conceptos son, como los señala Knutson (1): la Antropología Cultural, la Sociología, así como la Interrelación y la Ecología Humanas.

"Los médicos debemos comprender muy especialmente que una victoria en el mejoramiento de los servicios médicos es una batalla a medio ganar. En este terreno es obvio que los médicos no podamos entrar solos en la batalla: debemos unir nuestros esfuerzos a todos aquellos sectores progresivos del pueblo", así se expresa el médico inglés I. Leff (2).

Toda revaloración o replanteo es siempre proficuo. Por lo tanto, la Medicina debe estar siempre presta a ellos, so pena de retrotraerse a tiempos medioevales. Así por ejemplo, para Orainson (3) el curanderismo constituye un aspecto decadente de nuestra ciencia, no sólo en lo intelectual, sino sobre todo de su espíritu crítico.

Si no estamos suficientemente satisfechos como van las cosas

en la lucha contra la mortalidad infantil, tratemos entonces, con criticismo sano y constructivo, de definir el problema incorporando a nuestros conceptos clásicos, los provenientes de campos nuevos cuales son los determinados por los factores socioculturales; ausentes casi siempre, recordémoslo, de las lecciones que recibíamos de nuestros profesores de Patología o de Clínica. Resulta lógico, entonces, que vayamos detrás de una redefinición que amplíe el criterio provisto por nuestra formación universitaria, y que consideremos al conocimiento y estudio de estos factores socioculturales, no como un lujo de erudición sino como una componente viva y palpitante en los "casos" de nuestro consultorio; "los hilos de la salud y la enfermedad están tejidos en la tela sociocultural y habremos de darle plena significación percibiéndolos como parte del diseño total", ha dicho con toda agudeza y sabiduría Benjamín Paul (4).

Tenemos especial interés en destacar, por lo cual rogamos se nos disculpe si volvemos tanto sobre ello, que estos conocimientos socioculturales interesan al pediatra y al médico práctico, no solamente para tratar temas en dimensión social y colectiva, sino para interpretar mejor a muchos de sus enfermos, de modo individual. Así, por ejemplo, los conceptos básicos de la Antropología Cultural le permitirán comprender mejor en el hospital de una ciudad a la madre campesina cuyas tribulaciones están motivadas por verse alterado su modo de vida tradicional; o se explicará cómo por razones sociológicas, por la diferencia de clase social, la mujer del portero de una oficina no concurre a hacer los ejercicios pre-parto junto con la esposa del "jefe". También el estudio de nuestros problemas desde el atalaya sociocultural nos permitirá darnos cuenta que el enfoque que nosotros, los médicos, tenemos de la salud, no es compartido por nuestros pacientes. Así, verbigracia, en una encuesta realizada en los Estados Unidos, Stouffer (5) demostró que sólo un 25% de familias señalaron a la salud entre sus principales intereses o preocupaciones.

Todos estos antecedentes deben instarnos, creemos, a los médicos a, luego de haber examinado a nuestros enfermitos, alcanzado el diagnóstico correcto y prescripto el mejor tratamiento, ampliar nuestro enfoque y, comprensivamente, dirigirlo en busca de algunos de esos factores que acabamos de comentar, los cuales, a nuestro alcance o no, habrán de tener seguramente un papel importante en la curación, muerte o recidiva de nuestro paciente.

Quisiéramos que al llegar a este punto de nuestra exposición podamos haber reafirmado el concepto que deseamos señalar a modo de definición o significado de la mortalidad infantil: Deficiencia

cultural de la comunidad que requiere de nosotros los médicos lo mejor de nuestro hacer específico, así como una actualizada comprensión de los factores provenientes de la vida en sociedad.

III — ESTADÍSTICAS

En varias oportunidades (6), (7), (8), nos hemos ocupado ya de diversos aspectos estadísticos de la mortalidad infantil. No habremos de repetirlos aquí. Mediante una encuesta realizada desde el actual Instituto Interamericano del Niño (9) pusimos en evidencia los déficits que ofrece la estadística de los problemas de la infancia en el Nuevo Mundo. Déficits que tienen su raíz, como es fácil colegir, en el enfoque poco amplio e inactual con que se lucha contra la mortalidad infantil. Estamos seguros que sobre la base de una mejor y más actual definición de este problema, los médicos habremos de contribuir del modo efficacísimo con que podemos hacerlo, a que la estadística nos brinde su importante aporte, en forma integral y no parcial o retaceada tal como lo viene haciendo hasta el presente. Piénsese que lo fundamental en Bioestadística es, ¿cómo no habría de serlo?, la corrección con que se capta la materia prima, y ello depende principalmente del médico que confecciona el documento inicial (ficha, certificado, acta, etc.). Si tal operación no es correcta, las operaciones posteriores (codificación, clasificación, control, tabulación, elaboración, evaluación, etc.) no podrán nunca proveer calidad y exactitud a los resultados.

Mientras tanto, para orientarnos lo mejor posible en la lucha contra la mortalidad infantil, habremos de utilizar el material estadístico que nos proveen aquellas fuentes de mayor seriedad y experiencia. En esta contribución ofrecemos series estadísticas que nos ha hecho llegar la Oficina Sanitaria Panamericana, y que se muestran en los cuadros numerados del 1 al 6. La observación atinada de estos cuadros nos permitirá sacar las conclusiones que correspondan. Tal vez el material estadístico que se ofrece no sea muy detallado, ni suficientemente significativo en ciertos aspectos de la mortalidad infantil que están requiriendo mejor información estadística para alcanzar las soluciones requeridas. Pero, a riesgo de parecer insuficientes, hemos preferido publicar sólo aquellos datos que pueden permitir comparaciones veraces. Nos permitimos recordar la necesidad que los médicos sepamos interpretar objetivamente las estadísticas, sin tendencias personales o de grupo, y querer hacer decir a las cifras lo que ellas no significan. Así,

verbigracia, mucho material estadístico referente al recién nacido, no resiste un cuidadoso análisis respecto a la justeza o corrección del diagnóstico clínico y/o anatomopatológico de la, o las causas de muerte (10).

Con la intención de síntesis que preside esta contribución, y sobre la base del material estadístico ofrecido, podemos decir que la mortalidad infantil disminuye con velocidad dispar en los países analizados. Puede decirse también que hay ya suficientes evidencias como para atribuir al factor denominado tentativamente "nutro-digestivo", y que incluye de modo principal las muertes por diarreas y trastornos nutritivos del niño pequeño, la preeminencia en la determinación de la muerte antes del año. En aquellas zonas donde la tasa de mortalidad es baja, la mayor proporción de muertes antes del año de edad corresponde al primer mes, o sea a la mortalidad neonatal. Como se sabe, esta mortalidad sumada a la mortinatalidad o defunciones fetales, configuran la mortalidad feto-neonatal o perinatal. En un trabajo personal (11) hemos mostrado cómo en algunas zonas menos evolucionadas los mortinatos y los recién nacidos muertos durante su primer semana, no estaban en relación con la escasa asistencia técnica (por médico y/o partera diplomada) del parto.

Si teniendo presente la definición que hemos dado en el Capítulo II de lo que debe significarnos la mortalidad infantil, nos decidimos a hacer una crítica constructiva y progresista de los medios o relaciones utilizados actualmente para medir de modo total o parcial la magnitud de este problema, deberemos agregar a continuación algunas sugerencias destinadas a promover un mejor y más útil aporte de la estadística.

Los que estamos interesados en solucionar el problema de la mortalidad infantil quisiéramos que quienes elaboran y publican material demográfico nos ofrecieran relaciones de esta mortalidad infantil con otros atributos, tales como: la cantidad de leche en polvo consumida por habitante (lo ideal sería por los menores de un año), el promedio de niños internados que atiende cada enfermera diplomada o no, la cantidad de camas para lactantes que hay por cada cien camas hospitalarias, el promedio de ayuda (en costos, o en visitas, o en alimentos) que cada hogar (si es posible clasificado según recursos económicos) recibe de la Seguridad Social, el promedio de años de estudios generales de las madres, la proporción de grupos familiares con medios insuficientes para conservar higiénicamente la leche, la cantidad de centros populares pro-Madre y Niño que hay por cada 1.000 habitantes; y ¿a qué seguir?, muchas y más explícitas y mejor determinadas podrían ser las referencias, apenas esbozadas aquí, que se están necesitando para llevar la lucha por mejores caminos, a la luz de

renovados conceptos y superando manidos criterios que no se perfeccionan, tal vez, por un insuficiente contacto entre las estadísticas y los demás interesados en la mortalidad infantil desde diversos puntos de vista.

Si se publicara este material, y lo tuviéramos a mano, difundido no sólo por los anuarios estadísticos, sino también por el periodismo médico, la sanidad oficial, las revistas de la especialidad, etc., se vería facilitada considerablemente la investigación científica al respecto. Vaya a saber uno, qué estudioso el día de hoy o de mañana, encuentra en dicho material estudiándolo de modo general o según muestras, soluciones a ésta o aquella parte del problema. Por ejemplo: supongamos que, tomados todos los reparos estadísticos necesarios, se alcanza a demostrar que la disminución de la mortalidad infantil por diarreas agudas disminuye en mayor correlación con la distribución de leche en polvo que con la proporción de niños que por esos trastornos se internan en los servicios pediátricos. Tal conclusión animaría a un aumento de las inversiones que permiten distribuir leche en polvo entre los sectores más necesitados, y en las épocas más oportunas. Y para terminar este capítulo permítasenos insistir: habremos de ser nosotros, los médicos, los que debemos solicitar a los estadísticos las referencias que suponemos de utilidad; no dejemos todo en mano de ellos; las soluciones saldrán del trabajo común.

IV — CAUSAS

Creemos que de lo anotado en el Capítulo II referente al significado de la mortalidad infantil se desprende, ya, un concepto más o menos concreto sobre las causas de este fenómeno demológico. Apoyados en ello, intentaremos ofrecer una clasificación breve y sintética, sin otro propósito que ayudar tanto al interesado en la investigación científica, como en la administración sanitaria o en la enseñanza o divulgación de las causas principales de la mortalidad infantil. Que el sano propósito que nos anima, haga tolerante la crítica que pueda merecer este intento de clasificación, el cual, eso sí, ha merecido lo mejor de nuestra intención metodológica.

A. CAUSAS DETERMINANTES O FINALES.

1. Factores congénitos:

- a) de origen preconcepcional,
- b) de origen intrauterino,
- c) de origen natal.

2. Factores no congénitos:

- a) Con sintomatología predominantemente nutro-digestiva.

- b) Infecciosos.
- c) Neuropsíquicos.
- d) Mecánicos o traumáticos.
- e) Degenerativos o neoplásicos malignos.
- f) Demás factores no congénitos.

B. CAUSAS CONCURRENTES O ECOLOGICAS.

- 1. Deficiencias del ambiente físico o natural
- 2. Deficiencias culturales:
 - a) De la organización y administración sanitaria.
 - b) De la educación.
 - c) De la economía.
 - d) Sociológicas.
 - e) De la previsión y seguridad social (incluidas la asistencia y servicios sociales.
 - f) Morales.
 - g) Políticas y cívicas.
 - h) De la tradición y herencia cultural.
 - i) De la legislación.
 - j) Otras deficiencias culturales.

Fácil es advertir que sólo se ha buscado, aquí, determinar algunos grandes grupos o clases de causas; no aspiramos al detalle o discriminación más afinadas. Tampoco se ha deseado establecer compartimientos separados; cualquiera puede advertir la interacción o relación que existe entre muchas de las clases o grupos anotados. La lista, asimismo, no pretende ser completa.

Nos apresuramos a señalar que, siguiendo a Gordon (12), entendemos por Ecología, relacionada con el hombre, al conjunto de causas o fenómenos motivados por la natural interrelación con el contorno animado e inanimado. También queremos señalar que por ser mejor conocidas no nos hemos extendido respecto a las deficiencias del ambiente físico o natural (del clima, de la fauna, etc.).

Hemos procurado evitar, taxativamente, la denominación "Causas Sociales" por la razón siguiente: es frecuente que algunos de nuestros colegas se conformen con ubicar la causa de alguna enfermedad o muerte infantil dentro de un capítulo con esa denominación, el cual le resulta muy amplio, y agregaríamos, no muy concreto ni claro, y que por tener tal denominación se lo considera independiente de las causas médicas. Se produce así una desviación, un aislamiento que sólo lleva a soluciones incompletas y meramente temporarias. Hoy en día no hay que conformarse con

decir: en éste o en aquel caso existe una causa social; es menester localizar mejor el factor morbígeno y establecer, dentro de lo posible, si hay una deficiencia económica o educacional, o de seguridad social, o moral, o sociológica, etc., etc.

A. CAUSAS DETERMINANTES O FINALES

Estos son los factores mejor conocidos por nosotros los médicos formados en las escuelas médicas tradicionales y que, por lo mismo, es una contribución como la presente que aspira a señalar criterios, todavía no muy frecuentados, sólo serán enunciados de modo somero. Y no porque estas causas sean infravaloradas; al contrario, como factores determinantes, todo médico debe saber diagnosticarlas muy bien y tratarlas mejor, pero no nos detendremos aquí demasiado en su consideración, pues en muchos otros lugares y momentos, podrá encontrarse detalle minucioso y mucho más autorizado que el que podamos hacer nosotros. De las causas no congénitas (colitis y gastroenteritis, distrofias, infecciones, traumáticas, etc.), se conoce bastante acerca de su etiopatogenia y tratamiento. Se sabe muy bien lo que hay que hacer para atender estos cuadros nosológicos; si no se puede dominarlos es porque faltan recursos (personal, equipos y otros elementos) o porque los enfermos llegan demasiado tarde al médico asistencial. En lo que resta bastante por avanzar es en los aspectos preventivos de estas causas no congénitas de la patología infantil.

Referente a los factores congénitos (prematurez, dificultades respiratorias, malformaciones, trauma obstétrico, infecciones natales, etc) y que constituyen el principal grupo de causas en los países muy evolucionados, diremos que hay mucho por hacer. No son pocos los conceptos que hay que revisar; es también mucho lo que se espera de la investigación científica respecto a las bases etiopatogénicas reales de estos trastornos y, consecuentemente, para establecer su prevención. La mortalidad feto-neonatal (13) o perinatal, constituye en la actualidad uno de los capítulos de la defensa de la salud que ofrece mayores oportunidades al estudioso (14).

B. CAUSAS CONCURRENTES O ECOLOGICAS

Como dijimos anteriormente en este capítulo, no nos detendremos en el estudio de los factores provenientes del contorno natural o físico (clima, fauna, flora, hidrología, etc.), por conceptuar que existe un concenso suficientemente difundido acerca de su valor e importancia como causas concurrentes de mortalidad infantil. Respecto a los factores culturales diremos que aunque se

vá teniendo cada día mayor información sobre ellos, no se los admite con el rango que les corresponde ni en la medicina práctica, ni en la investigación científica. Afortunadamente cada día son más las opiniones provenientes de fuentes realmente autorizadas que propugnan en favor de la incorporación de estos factores al elenco fundamental de causas morbígenas. Véanse algunos conceptos vertidos al respecto en el informe de la Comisión Presidencial de los EE. UU. para el estudio de las necesidades sanitarias de la Nación (15): "La salud no es una condición. No es un estado sino un proceso. Este proceso adapta al individuo no sólo a nuestro contorno físico sino también al contorno social. La vida de la sociedad o de las comunidades sólo es otro nombre de las relaciones interpersonales. La ciencia de la salud es una rama de la amplia ciencia que se llama "Ecología Humana".

Las deficiencias culturales como factores de enfermedad van siendo cada vez mejor conocidas a medida que son estudiadas y analizadas con criterio científico, evitándose los enfoques a predominio político cuando no demagógico.

Las más accesibles a nuestra consideración, *cela va sans dire*, son los déficits de la organización y administración sanitaria que, según nuestro punto de vista constituyen una manifestación más de las deficiencias en la organización de la comunidad.

También la falta o insuficiencia de la legislación pro-infancia quita efectividad o fuerza a más de una buena iniciativa o propósito para disminuir la mortalidad de niños (16).

Las relaciones de la mortalidad infantil con ciertos aspectos sociológicos cual la estratificación social han sido demostradas por numerosos investigadores, entre otros por Peller (17), Morris (18), etc.

Los déficits educacionales, ya de las madres, ya del resto de la comunidad, en especial en lo referente a educación sanitaria, son admitidos de modo unánime como factores de patología y muertes infantiles.

Las deficiencias económicas, la pobreza, la indigencia, son causas tan vinculadas a la mortalidad infantil que adherimos a Anderson (19) cuando dice que persistir en demostrarlo "sería desperdiciar tiempo, dinero y esfuerzo, pues las evidentes relaciones han sido establecidas bastante conclusivamente".

La insuficiencia de los medios de Previsión y Seguridad Social también tienen su lugar en el elenco de los factores de mortalidad infantil (20). En realidad coparticipan como elementos causales junto a los factores económicos y de la legislación.

Y nadie puede discutir la importancia que los déficits morales tienen en el determinismo de la mortalidad infantil. Desde el curanderismo, flagrante deficiencia ética (21) hasta la ausencia

del concepto maternal, paternal o de familia (22) existe toda una gama de alteraciones de lo que se debe hacer que provocan, directa o indirectamente, más de una muerte infantil.

Creemos que, dentro de los límites a que debe atenerse esta contribución, puede bastar esta simple enunciación de las principales deficiencias de la cultura de una comunidad para que ellas, por su importancia, sean tenidas muy en cuenta por el médico práctico, no como elementos de una especialidad: la Medicina Social, sino como de la medicina de todos los días.

VI — BASES PARA LA LUCHA

Es a este capítulo al que adjudicamos mayor importancia dentro de lo que pretende esta modesta contribución.

Creemos que no basta que hayamos intentado establecer el real significado de la mortalidad infantil, ni que podamos haber establecido aproximadamente su magnitud, o que hayamos procurado actualizar con nuestra mejor intención metodológica las causas que alimentan este fenómeno demológico. Es necesario que todo esto contribuya, y de modo eficaz, a que los médicos llevemos la lucha contra la mortalidad infantil convencidos de la bondad y actualidad de los criterios antecitados. No basta estar informados; lo que se requiere son actos pletóricos de voluntad y decisión, realizados según las mejores directivas. Y es precisamente a esto donde van dirigidas las líneas siguientes.

Nadie discute que los médicos de este tiempo debemos dedicar a quien nos consulta por alguna enfermedad nuestra mayor simpatía y comprensión, además, por supuesto, de nuestro mejor criterio científico. Pues bien, traslademos este mismo concepto a la masa de población, que sufre de esa grave dolencia que es la mortalidad infantil. Ampliemos esa simpatía, comprensión y método, de modo tal que no se nos escapen las relaciones que esa mortalidad tiene con la vida colectiva. Tengamos abiertos nuestro consultorio o estudio a toda cuestión de la comunidad que directa o indirectamente influya sobre los niños y sus familias. Pero por sobre todas las cosas esforcémonos por comprender tales cuestiones, es decir interpretarlas en su sentido fundamental, aún cuando no sean conocidos en detalles los elementos que entran en su génesis. Atendamos a D. W. Atchley cuando al ocuparse de Ciencia y Educación Médica" solicita más comprensión que conocimientos (23). Recordemos también que en la asistencia de nuestros pacientes muchos diagnósticos y tratamientos se realizan sin que se hayan determinado o conocido, exacta y específicamente, los factores actuantes. Traslادemos también este proceder nuestro, del caso individual a la dimensión colectiva que requiere la

mortalidad infantil. Y coincidiremos con Yankauer cuando dice: "No es siempre necesario conocer las causas finitas de enfermedad o muerte para tomar medidas efectivas para controlarlas. Los fenómenos biológicos son complejos, y el hombre es un animal social. Factores identificables reflejando el ambiente físico y social pueden contribuir a producir la enfermedad a nivel de las células. Si estos factores de masa pueden ser alterados favorablemente, un programa sanitario preventivo puede ser practicable se conozcan o no sus causas fundamentales". Estos conceptos han sido vertidos, precisamente, con motivo de uno de los tantos problemas de la mortalidad infantil (24).

No deseamos que alguien interprete de todo lo antedicho que la simpatía y comprensión del problema nos deben alejar de la disciplina y método científico con que él habrá de ser considerado. Al contrario, tal disciplina y método habrán de ser preocupación permanente del estudioso de la mortalidad infantil. No hacerlo así lleva, por lo general, a la mera declaración sentimental, si no al desahogo grandilocuente de más de un político frustrado.

Pero ahora nos preguntamos: ¿todo lo que estamos diciendo vale la pena señalarlo o repetirlo? Nosotros creemos que sí, y muy sinceramente. Apreciamos con harta frecuencia la tensión y preocupación que aflige a muchos colegas, especialmente a los nuevos, al no poder explicarse cómo, a pesar de su permanente actividad, siguen llegándoles enfermitos a los servicios hospitalarios y públicos (no así a la consulta privada), sin que aprecien nunca disminución de esa afluencia constante. Y más de uno se considera "explotado", o "aprovechado" por el Estado, o instituciones, u otros sistemas a los cuales ubican en una superestructura "extramédica" imposible de alcanzar, ni influenciar. Esta situación tan digna de ser lamentada, tal vez se deba a una formación universitaria insuficiente, que no nos ha enseñado las relaciones que como médicos debemos tener con quien dirige la atención de la salud y la enfermedad, ya en nuestro carácter de técnicos, ya con sentido profesional o gremial.

Si tales situaciones y aflicciones suceden a diario, ¿vale o no la pena que, con motivo de la lucha contra la mortalidad infantil, se exhorte a los colegas médicos al estudio de los aspectos colectivos de nuestra profesión con miras a participar en las condignas soluciones?

La vastedad de este capítulo: "Bases para la lucha", sobre la base de los conceptos antedichos, es evidente. Mas los propósitos de síntesis que presiden esta contribución y nuestra intención de ofrecer, dentro de nuestras posibilidades, sólo principios orienta-

dores, hacen que reduzcamos a dos los sectores principales de ese amplio campo, a saber:

A. Protección sanitaria.

B. Protección social.

A. PROTECCION SANITARIA

Siguiendo el concepto propugnado por la Organización Mundial de la Salud (25) involucramos dentro de tal concepto tanto los aspectos curativos como los aspectos preventivos. No habremos de detenernos mucho en lo que hay que hacer para curar los niños enfermos, so pena de incurrir en lugares comunes. Lo único que instamos es que todo médico evalúe periódicamente su capacitación al respecto, y procure mantenerse al día, para que no se le muera un niño por falta de preparación científica. En materia de prevención sólo destacaremos dos aspectos, por considerar que en las publicaciones y frecuentaciones científicas es más fácil encontrar referencias sobre los demás aspectos sanitarios: lucha contra las moscas, perfeccionamiento de la eliminación de excretas y residuos, obtención de suficiente agua y leche en calidad y cantidad, servicio de visitadoras de higiene, importancia de la higiene de la vivienda y de los demás aspectos del saneamiento, etc., etc.

De los dos puntos preferidos uno es la educación para la salud y el otro la administración sanitaria. Tal vez alguien con alguna razón pueda decirnos que en la realización de esta última se incluye la primera; pero la importancia que debe adjudicarse a la educación para la salud es tanta, creemos, que bien merece párrafo aparte.

Aunque imbricada dentro de la educación general en sus distintas etapas (primaria, media y superior) tanto del niño, del adolescente o del adulto, la educación para la salud o sanitaria debe ser preocupación principal del médico que desea luchar contra la mortalidad infantil. En alguna oportunidad nos hemos extendido al respecto. Ahora sólo insistiremos en la necesidad que la medicina se acerque cada vez más a la educación para establecer un intercambio que habrá de proveer, a buen seguro, mutuos beneficios. Ya la Unesco con toda su autoridad de organismo mundial, ha ubicado a la educación para la salud entre los elementos principales de la Educación Fundamental. Por su parte el médico deberá tender a ayudar con su consejo cordial a que en las personas bajo su influencia, se oriente por buen camino esa "struggle for life" que es mantenida de modo permanente por el innato sentido de conservación de la especie. El médico del futuro,

como lo subraya Lazarte habrá de ser un decidido propulsor del autocuidado de la salud. Todo lo demás, respecto a la técnica de la educación sanitaria, se puede encontrar en la bibliografía especializada. No resistimos a la tentación de recomendar el libro "Scheck" de Turner (26).

El otro elemento de la Protección Sanitaria que ha sido preferido, es la Administración Sanitaria, que según Smillie (27) se puede definir como la "aplicación de principios y técnicas de Salud Pública en beneficio de la comunidad".

Si deseamos destacar este elemento de lucha contra la mortalidad infantil es porque como ya lo dijéramos en oportunidad (28) en la medicina de masas la Administración Sanitaria es el método. Querer luchar contra dicha mortalidad prescindiendo de la Administración Sanitaria, resulta tan poco congruente como si un ejército se aprestara a una campaña sin ningún plan táctico. Sólo el apremio con que está exigiéndonos siempre nuestra vocación, puede haber postergado hasta ahora la incorporación de los conceptos básicos de Administración Sanitaria al bagaje científico con el cual la Medicina consuetudinaria debe afrontar la lucha contra las noxas que afectan la salud, la mortalidad infantil entre otras. En consecuencia, procuraremos en apretada síntesis hacer una rápida revista de los conceptos fundamentales de dicha Administración. En primer lugar y sobre la base de la definición actualizada e integral que merece la mortalidad de marras, será menester tener organizado un grupo planificador que podrá denominarse Consejo o Departamento del Niño, o de la Infancia, o de Maternidad e Infancia, y donde tendrá su lugar todo aquel que pueda hacer un aporte útil. Sobre la base de una buena reglamentación y plan de trabajo este grupo recopilará todos los datos, hechos, antecedentes, encuestas, bibliografía y demás elementos de juicio que tengan algún valor para el planteo y solución del problema. Si es posible, se tomará contacto con entidades representativas del pueblo para que éste se sienta copartícipe por intermedio de sus representantes. Sobre la base de esta actualización de hechos se hará una valoración del problema implicado por la mortalidad infantil, ya en su totalidad, ya en sus diversos aspectos parciales, procurándose una clasificación y jerarquización de los factores causales de acuerdo a la intensidad con que actúan. Hecho esto se fijarán los objetivos que habrán de realizarse según las prioridades y etapas determinadas. Esto es muy necesario no sólo para unificar directivas y evitar discrepancias, sino para posteriormente, efectuar la evaluación del trabajo cumplido. Fijados los objetivos y antes de confeccionarse los programas detallados, a realizar, se deberá hacer un estado actual de los recursos con que se cuenta (económicos, personal,

equipos, instituciones, etc.) y de los que habrá que agregar para cumplir los objetivos fijados. Esto implica la confección del presupuesto, cuya aprobación y financiación son imprescindibles para iniciar las actividades. Mientras tanto se irá confeccionando el detalle de las actividades que incluye cada programa, así como las correspondientes reglamentaciones, y la clara ordenación de las autoridades actuantes (locales, provinciales, nacionales, profesionales, privados, etc.). Todo esto no hará sino facilitar eso que se dice muy fácil y frecuentemente: coordinación, pero que se realiza con mucha dificultad y raramente bien. Puesto en marcha el desarrollo de los programas, se cuidará con una inteligente aplicación de los conceptos básicos de las interrelaciones humanas, que tanto los beneficiados como el personal se comporten y actúen con satisfacción. El registro de las actividades se hará del modo más sencillo y cómodo posible, y periódicamente se hará la valorización de las actividades realizadas (teniendo en cuenta los objetivos y las etapas preestablecidas), valoración que servirá para reajustar o perfeccionar los programas de acción. La adecuada divulgación de lo realizado facilitará la comprensión y la colaboración de todos.

Quisiéramos haber podido esbozar en los párrafos precedentes los pasos fundamentales de un plan de Organización y Administración Sanitaria aplicable a la lucha contra la mortalidad infantil. Quien desee mayor detalle puede consultar la literatura especializada (30), (31), (32).

Pasemos ahora al sector Protección Social de la lucha contra la mortalidad infantil.

B. PROTECCION SOCIAL

Toda actividad colectiva que además de la antedicha Protección Sanitaria contribuya directa o indirectamente al bienestar de la infancia puede ser considerada como un elemento de Protección Social en la lucha contra la mortalidad infantil.

De la enumeración de las deficiencias culturales hecha en el capítulo IV se desprende la filiación de las medidas que como Protección Social habrá de incluir un plan de oposición a tal mortalidad. Vale decir, medidas de carácter económico, educacional, sociológico, de previsión y seguridad social, morales, políticas y cívicas, de legislación, etc., etc. Pero, no es éste el momento de extendernos en temas cuales la lucha contra el latifundio, contra los privilegios de clase y la discriminación racial o religiosa, así como el fomento del cooperativismo, de la cultura y de la educación popular, el perfeccionamiento de la protección legal de los menores, la buena orientación profesional, los sala-

rios suficientes, los programas contra el desempleo, la condena del lujo y del gasto superfluo, etc.

Nuestra condición de médicos nos ubica en un sector especial de este amplio frente, aunque como ciudadanos, y según nuestras convicciones políticas y cívicas, podemos bregar por todos los demás aspectos sociales.

El sector especial de la Protección Social donde se requiere más la presencia de nuestra profesión, y de donde podemos colaborar de modo más eficaz e integral es, a nuestro modo de ver, el de la Seguridad Social.

Según el Instituto Interamericano del Niño (32) interpretamos la Seguridad Social como un "aspecto de la política social contemporánea, generalmente contemplada en las legislaciones actuales como sistemas de medidas económico-sociales para ofrecer garantías de nivel de vida satisfactorio y compatible con la dignidad humana. Por lo general, incluye un programa combinado de seguros sociales, asistencia social y servicios sociales, con participación armónica de la responsabilidad pública y de la iniciativa privada".

Como puede verse, no nos estamos refiriendo al hablar de Seguridad Social, a ningún procedimiento de "burocratización", "estatificación", "socialización" ni "deshumanización" como algún colega, sin tratar de informarse en la literatura científica correspondiente, puede apresurarse a rotular estos progresistas sistemas de previsión. Si se analiza la definición que hemos dado podrá verse que ella incluye la asistencia social, la cual puede ser cumplida por la iniciativa privada, la caridad, la filantropía, la beneficencia y cualquier otra forma del sentido de cooperación y mutualismo; todo ello tiene cabida, en el lugar correspondiente, dentro de un sistema moderno y amplio de Seguridad Social. Recordemos que un eficiente Servicio Social permite adecuar a cada individuo o familia, y de modo cordial y humano, las prestaciones que de modo general prescribe un Seguro Social (33).

Extendernos ahora sobre el valor que los sistemas de Seguridad Social tienen en la defensa de la salud del niño, sería repetir conceptos ya establecidos con mucha mayor autoridad que la nuestra (34), (35). Sólo deseamos instar a que los colegas médicos participen con mayor decisión e interés en tales sistemas. Y no sólo en la faz de prestación de servicios, sino en las etapas preparatorias, en la confección de los programas a desarrollar, en la determinación de los servicios a cumplir. Si nos desentendemos de estos aspectos, y quedan ellos confiados a personas alejadas de la práctica diaria de la medicina, entonces sí que corremos el riesgo de la excesiva burocratización y que seamos "explotados". Los médicos en actividad somos los que podemos colabo-

rar eficazmente para que, supongamos, se determine justicieramente el reposo que corresponderá a una obrera embarazada según sus posibilidades de sufrir una defunción fetal o tener un niño prematuro (de acuerdo al tipo de trabajo, edad, orden de parición, etc.); o para determinar la cantidad y duración de la ayuda alimentaria que requerirán los lactantes; o los casos en que debe prestarse una incubadora para atender tal o cual tipo de prematuro en su domicilio; o cuando una embarazada necesitará ayuda doméstica; o para establecer el promedio de hospitalización que requerirán los niños según sus enfermedades, etc., etc.

Además, la participación activa del médico en los sistemas de Seguridad Social, tomándolo como parte de su tarea profesional y no como incursión en campo extramédico, será cada día más necesaria y obligada a medida que, como ha sucedido en países más evolucionados, sus actividades privadas van siendo reemplazadas e incorporadas, progresivamente, a los sistemas de Seguridad Social. Y en estos nuevos sistemas los médicos habremos de entrar, pero como coparticipantes, es decir exigiendo que existan medidas de Seguridad Social que protejan a nuestra misma profesión: mayor salario por trabajar en regiones inhóspitas, créditos especiales para equipar consultorio, comprar auto, libros y demás gastos profesionales, becas de estudio en el país y en el extranjero, además por supuesto de las otras consabidas prestaciones en caso de enfermedad, incapacidad, invalidez, retiro o muerte. Sólo así las próximas generaciones de médicos, formadas por quienes entraron en la profesión sin ignorar hasta dónde llegarían sus posibilidades económicas y hasta dónde se verían satisfechas sus necesidades vocacionales, se verán mejor ajustadas y adaptadas al medio, que la nuestra a la cual le ha tocado una época de transición: de la medicina en el consultorio personal y privado a los sistemas colectivos.

La fe en el porvenir de nuestra profesión reside en una fuerza que es su razón de ser: la vocación por cuidar al sano y aliviar al enfermo. Como esta fuerza es perenne, los médicos apoyados en ella debemos esperar serenos nuestro destino, cualquiera sea el sistema intermedio que nos depare la evolución de la forma de vivir en sociedad. Y no temamos que esta evolución nos "adecene", o nos "masifique". Siempre hay algún gene que está velando por la conservación de nuestra personalidad.

VI — CONCLUSIONES

- 19 La mortalidad infantil, más que un problema exclusivamente médico, debe significar una deficiencia cultural de la comunidad en virtud de la cual ciertos valores como el amor al niño,

- la justicia, la caridad, el bienestar común, etc. no pueden concretarse en obras efectivas como ser; recursos económicos, equipos y personal sanitarios, instituciones, técnicas, leyes, etc. que protejan la salud de la infancia.
- 29 Pese a las deficiencias que ofrecen las estadísticas latinoamericanas referentes a la mortalidad infantil, puede aceptarse que este fenómeno demológico va en descenso con velocidad variada según los diversos países. Se tienen evidencias suficientes como para atribuir a los trastornos nutrodigestivos el papel principal como factor letal. Dentro de la mortalidad neonatal o del primer mes de vida, que ofrece un ritmo más lento en su descenso que el resto del primer año de vida, la prematuridad y las dificultades respiratorias parecen ser las causas más importantes.
- 39 No obstante ser muy amplio el elenco de factores que contribuyen a la mortalidad infantil ellos pueden ser clasificados de modo tentativo en dos grupos principales: A. Causas determinantes o finales y B. Causas concurrentes o ecológicas. El primer grupo comprende lo que se da en considerar enfermedades congénitas (prematuridad, dificultades respiratorias, malformaciones, etc.) y no congénitas (con sintomatología predominante nutrodigestiva, infecciosas, degenerativas, traumáticas, etc.). El otro grupo incluirá deficiencias del ambiente físico (del clima, de la fauna, etc.) y deficiencias culturales (de la administración sanitaria, sociológicas, económicas, educacionales, de la Previsión y Seguridad Social, morales, legales, etc.).
- 49 Todo plan de lucha contra la mortalidad infantil debe contar con la participación activa y decidida de la comunidad; en especial de los médicos, quienes deben no sólo tener un concepto más amplio y social del fenómeno, sino también actuar y producir sobre la base de este concepto permanentemente actualizado.
- 59 En virtud de lo antecedente es posible dividir de un modo general el campo de la lucha contra la mortalidad infantil en dos sectores principales: A. Protección Sanitaria, y B. Protección Social. La primera incluye la parte curativa y preventiva. Aunque esta Protección, la Sanitaria, comprende actividades todas muy ponderables (higiene del agua y la leche, saneamiento, inmunizaciones, exámenes periódicos, etc.), se recomienda poner especial énfasis sobre: a) Educación para la Salud y b) Administración Sanitaria, por considerárselos elementos "llave". La Protección Social abarca todas aquellas actividades en virtud de las cuales la comunidad protege di-

**PORCENTAJE DE POBLACION, POR GRUPOS DE EDAD,
SEGUN ULTIMO CENSO DE LAS AMERICAS (#)**

Entidades Políticas	Grupos de edad en años											Desconocido
	Total	—1	1—4	5—9	10—14	15—24	25—34	35—44	45—54	55—64	65—74	75 o más
Países												
Argentina	100,0	2,5	8,7	9,9	9,6	19,2	15,8	13,7	9,9	6,4	2,8	1,1
Brasil	100,0	3,7	12,4	13,5	12,1	20,2	14,2	10,4	6,9	3,9	1,7	0,8
Canadá	100,0	2,5	9,8	10,0	8,1	15,3	15,5	13,3	10,0	7,7	5,3	2,4
Colombia	100,0	3,3	12,0	14,3	12,3	19,7	14,1	10,7	6,7	3,9	1,8	1,1
Costa Rica	100,0	3,8	12,8	14,0	12,3	20,1	13,3	10,4	6,5	3,8	2,0	0,9
Chile (a)	100,0	2,8	10,4	13,2	10,9	19,3	13,7	11,8	8,4	5,1	2,8	1,3
Ecuador	100,0	3,7	13,0	14,2	11,6	18,9	13,5	10,2	7,0	4,3	2,2	1,4
El Salvador	100,0	3,7	11,8	13,5	12,1	20,3	13,6	10,8	7,1	4,0	1,9	1,1
E.E. U.U.	100,0	2,1	8,6	8,8	7,4	14,7	15,8	14,2	11,5	8,8	5,6	2,5
Guatemala	100,0	3,2	12,4	14,8	13,1	18,9	13,8	10,5	6,5	4,1	1,7	0,9
Haití	100,0	2,4	9,7	12,9	12,8	18,6	15,1	12,5	7,5	4,1	2,6	1,4
Honduras	100,0	3,7	12,1	13,0	11,8	19,2	13,5	10,4	7,4	5,0	2,4	1,5
México	100,0	3,2	12,2	14,2	12,1	19,1	13,4	10,7	7,4	4,2	2,2	1,1
Nicaragua	100,0	3,9	12,1	14,6	12,7	19,8	13,6	10,1	6,6	3,7	1,8	1,1
Panamá	100,0	3,4	12,8	14,1	11,3	18,4	14,7	10,7	6,8	4,5	2,2	1,0
Paraguay (b)	100,0	3,3	13,3	15,9	13,2	18,3	12,9	8,5	6,0	4,9	2,6	1,1
Perú	100,0	3,5	11,9	14,9	11,7	18,0	14,0	10,5	6,8	4,3	2,4	1,9
R. Dominicana	100,0	3,7	13,9	13,9	13,0	20,6	12,9	9,7	5,9	3,5	1,7	1,2
Venezuela	100,0	3,6	12,7	12,6	10,4	19,7	15,6	11,5	7,0	4,0	1,8	0,9

a) Distribución en una muestra del 2 por ciento.

b) Calculado.

1) Tomado del "Resumen de los informes sobre las condiciones sanitarias en las Américas, 1950-1953" publicación científica No 24 de la Oficina Sanitaria Panamericana, junio, 1956.

CUADRO N° 2

NUMERO DE DEFUNCIONES FETALES Y TASAS POR 1,000
NACIDOS VIVOS EN LAS AMERICAS, 1950-1953 (*)

Entidades Políticas	1950				1953	
	Número	Tasa	Número	Tasa	Número	Tasa
Países						
Argentina	12.638	28,2	(a) 12.527	28,6	12.511	28,2
Brasil (b)	11.710	74,0	12.368	74,5	12.351	75,2
Canadá (c)	7.179	19,3	7.010	18,4	7.260	18,0
Colombia (d)	6.155	14,9	6.588	15,7	6.501	14,9
Costa Rica	1.103	29,6	1.062	27,1	1.012	21,7
Chile (e)	7.426	35,7	7.011	33,5	7.038	32,4
Ecuador	3.736	25,0	3.931	25,7	3.604	23,2
El Salvador	924	10,2	858	9,2	856	8,8
Guatemala	4.225	29,8	4.472	29,5	4.651	30,6
E.E. U.U.	68.262	19,2	70.569	18,8	70.447	18,3
Haití	568	59,5	590	58,4	698	66,4
Honduras	300	5,2	241	4,0	173	2,9
México	23.510	20,0	25.548	21,6	25.365	21,5
Nicaragua	95	2,2	84	1,9	76	1,6
Paraguay (f)	350	16,7	426	17,3	—	—
Perú	2.146	8,6	1.848	7,1	—	—
Rep. Dominicana	1.801	16,4	1.977	22,0	1.861	19,7
Uruguay	1.291	28,9	1.192	26,3	—	—
Venezuela	4.373	20,6	4.861	21,6	4.994	21,6
					5.064	20,6

a) Calculado.

b) Distrito Federal y Capitales de Estados, excluyendo la ciudad de Sao Paulo.

c) Exclusivo Yukón y los Territorios del Noroeste.

d) Nacidos muertos, definición anterior.

e) Provisional.

f) Area de notificación con 83 por ciento de la población.

g) Tomado del "Resumen de los informes sobre las condiciones sanitarias en las Américas, 1950-53" publicación científica N° 24 de la Oficina Sanitaria Panamericana, junio 1956.

CUADRO N° 3

Defunciones de diarreas y enteritis por 100,000 habitantes* por grupos de edad de menores de 15 años, en 8 países seleccionados de las Américas en año reciente**

País	Año	Edad							
		Todas las Edades	—1 Año	1-4 Años	5-9 Años	10-14 Años			
		Número	Número	Número	Número	Número	Tasa	Tasa	Tasa
Canadá	1954	982	554	82	5.6	6	0.4	3	0.2
Colombia	1954	12583	6277	4733	318.2	449	25.3	91	6.0
Chile	1953	2409	1594	576	86.3	39*	2.5*	—	—
El Salvador	1953	5598	1785	2341	961.2	352	127.0	73	29.4
E.E.U.U.	1954	7892	4.9	3590	4.0	66	0.4	33	0.3
Guatemala	1954	6627	210.4	1392	662.0	527	122.6	159	42.8
México	1954	59257	205.4	21052	636.9	2842	69.0	870	25.0
Venezuela b)	1952	9584	181.5	3312	473.9	184	27.6	33	6.0

e) Menores de un año por 100,000 nacidos vivos.

a) 5-14 años.

b) Estimado.

ee) Tomado del folleto mimeografiado que preparó la Oficina Sanitaria Panamericana para el Seminario Sobre Dairreas Infantiles realizado en noviembre de 1956 en Santiago de Chile.

CUADRO N° 4

Cinco primeras causas principales de defunción de menores de un año por 100.000 nacidos vivos, en 8 países de las Américas, en año reciente (*)

País	Año	Causa de Defunción	Tasa
México	1954	Enf. de la primera infancia	3059.6
		Influenza y neumonía	1600.7
		Gastritis, enteritis, etc.	1571.2
		Bronquitis	372.9
		Tos ferina	286.5
Guatemala	1954	Enf. de la primera infancia	2343.8
		Influenza y neumonía	1050.5
		Tos ferina	1029.0
		Bronquitis	900.0
		Gastritis, enteritis, etc.	855.2
Colombia	1954	Enf. de la primera infancia	1944.2
		Gastritis, enteritis, etc.	1322.6
		Influenza y neumonía	870.7
		Bronquitis	756.4
		Tos ferina	276.4
Venezuela (a)	1952	Gastritis, enteritis, etc.	2680.5
		Enf. de la primera infancia	2571.7
		Influenza y neumonía	1052.4
		Malformaciones congénitas	233.6
		Tos ferina	196.8
Brasil (b)	1951	Gastritis, enteritis, etc.	5363.0
		Enf. de la primera infancia	3453.1
		Influenza y neumonía	2265.5
		Sífilis y sus secuelas	617.9
		Malformaciones congénitas	323.8
Chile (c)	1955	Enf. de la primera infancia	4836.2
		Influenza y neumonía	3309.6
		Gastritis, enteritis, etc.	1239.1
		Malformaciones congénitas	274.4
		Tos ferina	151.1
Uruguay	1953	Enf. de la primera infancia	2157.4
		Gastritis, enteritis, etc.	936.2
		Influenza y neumonía	634.0
		Malformaciones congénitas	236.2
		Meningitis no meningocócica	59.6
Argentina d)	1952	Malf. cong. y enf. part. 1er. año vida	2487.9
		Influenza y neumonía	943.0
		Gastritis, enteritis, etc.	703.6
		Meningitis no meningocócica	160.6
		Enf. del aparato circulatorio	69.8

- a) Causas de defunción mal definidas distribuidas proporcionalmente entre las causas definidas.
 b) Distrito Federal y 13 Capitales de Estados.
 c) Fuente: Servicio Nacional de Salud.
 d) Clasificación basada en la Nomenclatura Internacional de las Causas de Muerte, Quinta revisión, (1938).
 e) Tomado del folleto mimeografiado que preparó la Oficina Sanitaria Panamericana para el Se-

CUADRO N.º 3
TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL DE LOS PAISES
LATINOAMERICANOS (*)
1947-1955

Países	1947	1948	1949	1950	1951	1952	1953	1954	1955
Argentina	77.7	69.5	67.0	68.2	67.4	64.9	63.5	62.4	—
Bolivia	132.6	133.5	127.2	106.5	117.0	108.3	106.1	—	—
Colombia	139.7	136.1	134.1	123.9	119.3	110.7	111.0	102.7	104.2
Costa Rica	84.4	124.8	119.6	112.1	108.8	110.7	113.1	101.2	104.6
Chile	145.1	147.0	155.2	139.4	135.5	129.2	112.4	124.7	120.8
Ecuador	122.0	122.4	115.2	109.7	109.5	—	—	118.0	—
El Salvador	96.4	100.4	93.3	81.2	76.8	85.4	82.7	82.4	76.7
Guatemala	109.9	117.4	101.7	106.8	92.0	112.2	103.0	87.9	101.4
Honduras	88.7	93.7	92.7	85.6	54.9	64.3	59.5	60.0	54.9
México	95.0	101.7	106.4	96.2	98.8	89.8	95.2	80.5	—
Nicaragua	94.1	95.1	123.3	82.0	70.4	77.5	79.3	74.5	79.6
Panamá	66.5	60.6	70.7	68.4	58.5	50.6	53.7	52.6	54.7
Paraguay	72.5	75.8	—	102.1	78.1	82.5	62.3	76.3	93.2
Perú	106.8	109.0	105.2	103.7	104.6	100.0	98.2	94.5	—
Rep. Dominicana	98.9	81.3	80.9	87.7	95.1	78.7	74.2	68.3	—
Uruguay	—	60.6	52.4	64.2	54.7	51.0	—	—	69.4
Venezuela	99.6	97.3	90.7	80.9	79.8	79.5	67.9	69.2	69.5

*) Tomado del "Demographic Yearbook", 1956, Naciones Unidas.

recta o indirectamente su población infantil, además de las correspondientes a la Protección Sanitaria, vale decir, comprende la corrección de las deficiencias culturales, económicas, educacionales, jurídicas, de Previsión y Seguridad Social, morales, de organización de la comunidad, etc.

- 69 Entre las medidas de lucha correspondientes a la Protección Social a las que la profesión médica debe dedicar particular interés, están las referentes a la Previsión y Seguridad Social. Tal aseveración se hace en razón de que será a través de ellas que habrá de prestarse y de modo organizado la casi totalidad de la asistencia, y a que sólo el médico puede asesorar eficazmente para que los servicios a prestarse cumplan el elevado fin de justicia social que los inspira.

VII — BIBLIOGRAFIA

1. Knutson, John W. — "Ferment in Public Health", *Am. J. P. Health*, 47; 1487, diciembre, 1957.
2. Leff, I. — "The Health of the People", pág. 22, Ed. V., Gallancy, Londres, 1957.
3. Oraison, M. — *Presse Medicale*, 51; 1075, 1955.
4. Paul, Benjamin. — "Health, Culture and Community", Russell Sage Foundation, pág. 477, New York, 1955.
5. Stouffer, Samuel A. — "Report of the Americas People", *Look*; 19; 25-227, marzo, 22; 65, abril 5, citado por Derryberry, M. en "Health Education in Transition", *Am. J. P. Health*, 47; 1357, noviembre 1957.
6. Menchaca, F. J. — "La importancia de la Bioestadística en Pediatría", *Anales de Medicina Pública*, 2; 549, 1950.
7. Menchaca, F. J. — "Contribución al perfeccionamiento de la Estadística Vital de la Infancia", *Pediatría e Puericultura* (Bahía, Brasil), año XXI, Nº 1, pág. 3, setiembre, 1951.
8. Menchaca, F. J. — "Aspectos estadísticos prácticos de los trastornos nutro-digestivos agudos del niño", *Anales de Medicina Pública*, 5; 161, 1953.
9. Escardó y Anaya, V.; Morales A., y Menchaca, F. J. — "Problemas de la estadística vital de la infancia", *Bol. del Inst. Int. Am. de Prot. a la Infancia*; 28; 448, diciembre de 1954.
10. Bound, J.; Butler, N. y Spector, W. G. — "Classification and Causes of Perinatal Mortality", *British Med. J.*, Nº 5003, pág. 1191, noviembre 24, 1956.
11. Menchaca, F. J. — "Mortalidad perinatal o feto-neonatal y asistencia técnica del parto", *El Recién Nacido*, 3; 154, junio, 1955.
12. Gordon, John E. — "The Newer Epidemiology", pág. 20 de "To-morrow's Horizon in Public Health", Nueva York, 1950.
13. Menchaca, F. J. — "En torno a la denominación de la llamada Mortalidad Perinatal", *Anales de Medicina Pública*, 6; 289, 1954.
14. Menchaca, F. J. — "Introducción al estudio de la mortalidad perinatal". inédito, a aparecer en *El Recién Nacido*, Buenos Aires.
15. Dunn, Halbert L. — "Points of Attack for Raising the Levels of Wellnes", *J. of the National Med. Ass.*, 49; 225-235, julio, 1957.
16. Sand, René. — "Vers la Médecine Sociale", pág. 437, Ed. J. B. Bailliere e hijos, París, 1948.

17. Peller, R. — "Study on Mortality since Renaissance", *Bulletin of the History of Medicine*; 13; 549, 1943.
18. Morris, J. y Heady. — "Social and Biological Factors in Infant Mortality", *Lancet*, Nº 6863, pág. 554, marzo 12, 1955.
19. Anderson, O. — "Infant Mortality and Social and Cultural Factors", folleto mimeografiado, pág. 31, Children Bureau, U. S. Department of Health, Education and Welfare, 1953.
20. Crónica sobre la Conferencia Internacional de Seguros Sociales de París, *Bol. del Inst. Int. Am. de Protección a la Infancia*, 11; 700, 1938.
21. Menchaca, F. J. — "Encuesta y sugerencias sobre el curanderismo en la República Argentina", *El Médico Práctico*, Nº 142, pág. 1, febrero, 1957.
22. Yankauer, A. — "An Evaluation of Prenatal Care and Its Relationship to Social Class and Social Disorganization", folleto mimeografiado, Children Bureau, U. S. A., pág. 6, 1952.
23. Atchley, D. W. — "Science and Medical Education", *J.A.M.A.*, 164; 541, julio 1, 1955.
24. Yankauer, A. — "The Public Health Aspects of Perinatal Mortality", *New York State Journal of Medicine*, 57; 2499, agosto 1, 1957.
25. *Chronique de l'Organisation Mondiale de la Santé*, v. 6, número especial, pág. 225, agosto, 1951.
26. Turner, C. — "Check", Ed. Mosby and Co., St. Louis, 1951.
27. Smitlie, W. — "Preventive Medicine and Public Health", pág. 5, Mc Millan Co., 1947.
28. Menchaca, F. J. — "El médico de niños y la administración sanitaria materno-infantil", *Bol. del Inst. Int. Am. de Protección a la Infancia*, 23; 3; diciembre 1949.
29. Hiscock, I. V. — "Community Health Organization", 4ª Ed., The Commonwealth Fund, New York, 1950.
30. Molinas, G. y Adriaola, G. E. — "Principios de Administración Sanitaria", Escuela de Salubridad, Santiago de Chile, 1955.
31. Hanlon, J. — "Principles of Public Health Administration", Ed. C. V. Mosby Co., St. Louis, 1950.
32. "Terminología de Servicio Social", presentada al III Congreso Panamericano de Servicio Social, Puerto Rico, octubre de 1957, por el Instituto Interamericano del Niño, folleto mimeografiado, pág. 10.
33. Menchaca, F. J. — "El Servicio Social como elemento de Seguro Social", *Revista de la Escuela de Servicio Social de Santa Fe*, año 1, Nº 5, pág. 3, noviembre-diciembre, 1946.
34. Cabello, O. — "Influencia de la Unidad Sanitaria en Quinta Normal en la reducción de la mortalidad infantil de la comuna", *Rev. Chilena de Hig. y Med. Preventiva*, VIII; pág. 15, marzo-junio, 1946.
35. Posthuma, J. H. — "Daling van de Perinatale Sterfe in Nederland onder Landelijke en Stedelijke Verhoudingen", *Tijdschrift v. Soc. Geneeskunde*, Nº 4, pág. 100, febrero, 1955.

VII — RESUMEN

El autor considera que el estudio y discusión de este tema indica que la profesión médica es interpretada no sólo como la reparación de ésta o aquella persona deteriorada, sino que, comprendiendo en su integralidad los factores que condicionan la salud y la enfermedad, busca esclarecer las raíces que estos procesos tienen en el substratum colectivo que los alimenta.

Lógico resulta que en alguna circunstancia los médicos se pregunten: ¿cuál es la definición o significado que tiene en la actualidad este fenómeno demológico? ¿cuál es su magnitud como problema demográfico?, ¿cuáles son sus causas principales?, ¿sobre qué bases puestas al día debe ser orientada la lucha?

La mortalidad infantil, además de ser interpretada como una cuestión de interés para la profesión médica, significa una deficiencia cultural de la comunidad en virtud de la cual ciertos valores como el amor al niño, la caridad, la justicia, el bienestar común, etc. no pueden concretarse en obras concretas como ser: recursos económicos, equipos y personal sanitarios, instituciones, técnicas, leyes, etc. que protejan la salud de la infancia. A continuación y después de señalar el autor que las estadísticas demográficas latinoamericanas muestran marcadas deficiencias, se ofrecen seis cuadros estadísticos elaborados con material provisto por la Oficina Sanitaria Panamericana. Dedúcese de su análisis que la mortalidad infantil en Latino América disminuye con velocidad dispar según los diferentes países. El principal factor sería el tentativamente designado "nutrodigestivo". En los países más evolucionados la mortalidad neonatal constituye el sector menos influenciado por los programas de acción. En el capítulo IV, "Causas", éstas son clasificadas en: A. **Causas determinantes o finales** y B. **Causas concurrentes o ecológicas**. Dentro de estas últimas se incluyen, no sólo las deficiencias físicas o naturales, sino también las deficiencias culturales (de organización de la comunidad, educacionales, sociológicas, económicas, de Seguridad Social, morales, jurídicas, etc.). Los principales elementos de lucha serían: A. **Protección Sanitaria** y B. **Protección Social**. Son destacadas en el rubro A la Educación para la Salud y la Administración Sanitaria; en el rubro B, y de modo muy principal, la Seguridad Social, por conceptuarse que ella contribuye eficazmente a la mejor planificación, organización y administración de la lucha contra la mortalidad infantil.

S U M M A R Y

The discussion of the infantile mortality at a medical meeting means that our profession is understood not only as a simple rehabilitation of deteriorated persons, but also as an integrated study of the physical and cultural factors which act on the health and sickness of people.

Infantile mortality at present must be considered as a cultural deficiency which interferes the transformation of some values immanent in the community life, such as Justice, Charity, Love

for Infancy, etc. in concrete facts such as economic funds, techniques, laws, equipment and personnel, etc.

In six statistical series some of the principal demographic aspects of the Latin-American infant mortality are shown. A significant trend to drop could be appreciated in the rates of this mortality in the different countries, according to their socio-economic development. The principal factor seems to be the tentatively named "nutrodigestive". In the more developed countries the neonatal mortality seems to be slightly influenced by the programs in operation.

The fundamental factors of infantile mortality are classified into: A. Final or determinant factors, and B. Ecologic or concurrent factors. This ecologic factors must be divided into: 1. Physical or natural; 2. Cultural. This last could be sociologic, moral, educational, economic, legal, etc.

Consequently, the fight against infantile mortality in Latin America must be founded on: I. Public Health; II. Social Action.

Conferencias y Congresos

CONGRESO MUNDIAL DE LA INFANCIA

Bruselas, Bélgica. 20-26 de julio 1958.

Organizado por la Unión Internacional de Protección a la Infancia, en colaboración con la Obra Nacional de la Infancia de Bélgica, la Cruz Roja Belga y el "Office de la Protection de l'Enfance", tuvo lugar en Bruselas, del 20 al 26 de julio del corriente año el Congreso Mundial de la Infancia, cuyo tema principal fue "Los padres ante la educación del niño".

Los delegados se repartieron en seis grupos de acuerdo a su interés. Los temas tratados fueron: El hogar familiar. Los padres y el niño de corta edad. Los padres y el niño de edad preescolar. Los padres y el adolescente. Los padres, los niños y las iniciativas que de modo general tienden a elevar el nivel social, económico, sanitario y cultural de la población.

El Congreso incluyó en su programa la proyección de películas que se relacionaban con la prevención de la carencia afectiva en caso de hospitalización del niño, de los accidentes infantiles y de la actitud de los padres frente a la mentira.

Para algunos congresistas este congreso fue el preámbulo a la Conferencia Internacional de Estudios que se realizó en Tokio y cuyo tema fue: "El niño en la familia. Cómo ayudar a la familia a comprender las necesidades físicas, psicológicas y afectivas del niño y cómo responder a las mismas".

X CONGRESO DE LA UNION NACIONAL DE ASOCIACIONES REGIONALES PARA LA PROTECCION DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

Angers, Francia. 11-14 de octubre de 1958

Se realizó del 11 al 14 de octubre del corriente año el X Congreso de la Unión Nacional de Asociaciones Regionales para la Protección de la Infancia y la Adolescencia, cuyo tema principal fue "La inadaptación juvenil en el medio rural".

En la primera parte del programa se discutieron, en sesiones plenarias, los siguientes ítems: Situación de los problemas actuales y de futuro del medio rural, las estructuras sociales, económi-

cas y administrativas del medio rural francés y su situación actual en la evolución de la agricultura y el estudio psicológico de los niños en el medio rural.

En la segunda parte del certamen el trabajo se desarrolló en siete comisiones en las que se trataron distintos aspectos del tema principal "La inadaptación de los niños en el medio rural". Los informes estudiados fueron los siguientes: Factores psicológicos, psico-sociales y biológicos, alimentación, alcoholismo, formas particulares de la inadaptación juvenil rural, escuela primaria rural, orientación profesional, formación agrícola de los jóvenes, formación de las jóvenes futuras amas de casa, aspectos particulares del diagnóstico y de la reeducación de los inadaptados rurales, la utilización del medio rural para la reeducación de los inadaptados.

Por último se discutieron en sesión plenaria: Propaganda educativa y depistaje, cultura y comodidad rural y habitación rural.

CONFERENCIA SOBRE INTERCAMBIO INTERAMERICANO DE PERSONAS

San Juan, Puerto Rico. 14-18 de octubre, 1958

Patrocinada por la Unión Panamericana y el Instituto de Educación Internacional en colaboración con el Departamento de Estado del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, tuvo lugar en San Juan, Puerto Rico, en el período comprendido entre el 14 y 18 de octubre del corriente año, la Conferencia sobre Intercambio Interamericano de Personas. Las sesiones de la Conferencia en forma de simposios y asesoramiento administrativo, trató los siguientes temas: I — Aumento del movimiento de norteamericanos hacia la América Latina. II — Intensificación y ampliación de los programas destinados a fomentar el movimiento de latino americanos hacia los Estados Unidos de América. III — Intensificación y ampliación del intercambio multilateral entre los países latino americanos. IV — El papel del comercio y de la industria en el intercambio Interamericano de personas. V — El estímulo del intercambio en el campo de la ciencia y la tecnología. VI — El estímulo del intercambio en el campo de las artes.

I CONVENCION NACIONAL SANITARIA DE ASISTENCIA MATERNO INFANTIL

Paraná, Argentina. 24-26 de octubre de 1958

Damos a conocer a nuestros lectores información sobre este certamen, organizado por la División de Maternidad e Infancia,

de la Subsecretaría de Salud Pública de Entre Ríos, en el que estuvo presente el distinguido Dr. Francisco Menchaca, quien actuó como Delegado del INSTITUTO.

TEMARIO. — Tema 1º:

El cuidado de la salud del niño, al igual que la instrucción pública debe ser obligatorio y gratuito.

- a) Mortalidad infantil.
- b) Aspectos médico-sociales relacionados con la nutrición infantil.
- c) Asistencia integral del niño en su faz física, psíquica y médico social.
- d) Problemas asistenciales en general: Planificación sanitaria materno-infantil de cada Provincia, estado actual y necesidades mediatas e inmediatas.
- e) Establecimientos adecuados para la asistencia médico social materno-infantil.
- f) Educación sanitaria.

Tema 2º

Seguro nacional de salud y asistencia materno infantil.

Tema 3º

Creación de un Consejo Asesor Nacional de Asistencia Materno-Infantil.

COMITE ORGANIZADOR.

Presidente Honorario: Dr. Enrique C. R. Bonfils, Subsecretario de Salud Pública de Entre Ríos; Presidente: Dr. Francisco Idelsohn, Jefe de la División de Maternidad e Infancia de la Sub. de Salud Pública de Entre Ríos; Secretaria: Dra. Iraida S. de Cabrol, Jefe de la Subdivisión de Puericultura de la Subsecretaría de Salud Pública de Entre Ríos; Tesorero: Dr. Ovidio Rosas Costa, Director del Hospital de Niños "San Roque" de Paraná (Entre Ríos); Vocales, Dr. Belisario Ruiz Garasino, representante del Círculo Médico de Paraná; Dr. Luis Zaidenberg, Director de la Escuela de Enfermeras y Samaritanas de la Cruz Roja Argentina, filial Entre Ríos; Dr. Emanuel Wybert, por el Círculo Odontológico de Paraná y Dr. Oscar J. Ronchi, presidente de la Sociedad Argentina de Pediatría, Filial Entre Ríos.

RESOLUCIONES APROBADAS POR LA CONVENCION. — TEMA 1.

1º Propiciar que el cuidado de la salud del niño al igual que la instrucción pública sea gratuito y obligatorio para lo cual la comuna, el Gobierno de la Provincia y de la Nación, arbitrarán los medios necesarios; propiciando asimismo la implantación de UN CARNET SANITARIO donde se registrarían las alternativas de este cuidado.

2º Propiciar la formación de una conciencia popular sobre la asistencia materno-infantil con la participación activa de la comunidad mediante los medios y personal más efectivo, entre los cuales el magisterio se ubica en lugar muy preferente y especial.

3º Encarecer a los gobiernos provinciales y reclamar del Gobierno de la Nación el cumplimiento de la coparticipación ya concertada para la lucha contra la mortalidad infantil.

4º Se considera de fundamental importancia la urgente formación del personal auxiliar con acción polivalente.

5º Propiciar el estudio y solución de los problemas de psiquiatría infantil e higiene mental de la infancia y adolescencia en especial en las universidades.

6º Solicitar que el Ministerio de Salud Pública de la Nación instituya la SEMANA DE LA LECHE de acuerdo a la resolución ministerial pertinente (Abril 1958).

7º Recomendar la vigencia de la ley 12341.

8º Se aconseja arbitrar en todos los servicios materno-infantiles, los medios para una efectiva asistencia odontológica.

9º Interesar a los poderes públicos a fin de evitar las caries dentarias, la fluoración de las aguas de consumo que la necesiten.

10. Considerar que la asistencia materno-infantil no debe hacerse como programa aislado, sino como parte de la asistencia integral de toda la comunidad.

11. Se estima de mucho valor e importancia el adiestramiento en administración sanitaria de los médicos y demás personal participante en los planes y programas de protección de la salud a fin de continuar el intercambio de experiencias que ha significado esta I. CONVENCION y de que pueda valorarse la efectividad de sus conclusiones; se propone la REALIZACION DE UNA SEGUNDA REUNION SIMILAR.

12. A fin de propender a la consolidación de la célula familiar, ampliar el binomio madre-hijo, con el agregado de la participación activa del padre.

13. Hacer extensiva la Ley Nº 12.321 de profilaxis social en el sentido de cumplir el examen prenupcial de la mujer.

TEMA 2.

1º Se aconseja propiciar la implantación del Seguro de Salud en el orden nacional o provincial.

2º Propugnar una aplicación que sea gradual y progresiva.

3º Asegurar en la dirección, planificación, control y función del SEGURO DE SALUD una intervención preferente y directa de los organismos médico-gremiales.

TEMA 3.

Teniendo en cuenta: que existe un verdadero estado de conmoción en torno al problema materno-infantil que afecta tanto a

sectores oficiales como privados; que ese estado busca empeñosamente el camino de soluciones efectivas; que en varias provincias se han realizado trabajos de planificación; que en algunas, esos trabajos se hallan ya en la etapa de realizaciones; que hay atraso en otras, lo que impone una oportuna colaboración; que existen iniciativas, estudios y realizaciones de origen privado, ya sea individual y de organizaciones dignas de alentar e integrar dentro del esfuerzo común y

CONSIDERANDO:

QUE NO EXISTE por el momento un organismo ágil capaz de impulsar el desarrollo de estas distintas actividades y siendo necesario mantener una estrecha coordinación e intercambio, la I Convención Nacional Sanitaria de Asistencia Materno-Infantil.

RESUELVE:

- 1) Realizar reuniones periódicas de evaluación de trabajos materno-infantiles.
- 2) La próxima reunión tendrá lugar en mayo de 1959, en la ciudad de Córdoba.
- 3) Créase la Comisión de Intercambio de Informaciones sobre Maternidad e Infancia que será un organismo circunstancial y durará sólo hasta la reunión en la fecha fijada.
- 4) Serán funciones de la Comisión de Intercambio de Informaciones sobre maternidad e infancia:
 - a) Preparar la próxima reunión en la fecha fijada sin perjuicio de promover reuniones previas generales o regionales, si el caso lo requiere.
 - b) Promover el intercambio de experiencias e informaciones entre todos los miembros adherentes de dicha Comisión y alentar la incorporación al intercambio de sectores cada vez mayores.
 - c) Preparar un proyecto de creación de un organismo permanente de planificación e intercambio de informaciones y experiencias y de asistencia técnica.
- 5) La Comisión de referencia estará integrada por 5 miembros de los que por lo menos Presidente, Secretario y Tesorero, deberán pertenecer al lugar donde tome su sede, los dos restantes, como secretarios adjuntos podrán pertenecer a cualquier lugar del país. Los cinco miembros serán designados por esta Convención.
- 6) Los gastos que demande el funcionamiento de esa Comisión serán atendidos por las cuotas de adherentes, estableciéndose distintas categorías.
- 7) Queda facultada la Comisión para establecer el régimen de retribución por publicaciones.

8) Queda facultada la Comisión para ampliar su constitución nombrando nuevos miembros, dictando su reglamento interno.

SEMINARIO SURAMERICANO DE ALIMENTACION ESCOLAR

Bogotá, Colombia. 27 de octubre - 8 de noviembre 1958

En este Seminario se llevó a cabo el siguiente programa:

I. Problemas generales de la alimentación y la nutrición en la región, especialmente en lo que se refiere a los niños en edad escolar.

II. Finalidad y alcance de los programas de alimentación escolar.

a) Breve reseña histórica.

b) Ideas actuales.

c) Tipos de programas de alimentación, comida refrigerio.

III. Relación de los programas de alimentación escolar, con los abastecimientos actuales y potenciales de productos alimenticios.

a) Alimentos importados (por ejemplo, leche proporcionada por el UNICEF) y sustitutivos propuestos.

b) Programas nacionales de producción (por ejemplo, de leche, harina, pescado, etc.).

c) Programas locales de producción (por ejemplo, huertos escolares y de la comunidad).

IV. Educación y formación profesional en materia de nutrición.

a) Actividades de educación en materia de nutrición, en la escuela y en la comunidad.

b) Formación profesional de los maestros en materia de nutrición.

c) Producción y empleo de medios auxiliares para la enseñanza en materia de nutrición.

V. Valoración de los resultados.

a) Efectos sobre la salud.

b) Efectos sobre los hábitos dietéticos.

VI. Medios materiales de almacenamiento, preparación y distribución en las escuelas.

VII. Aspectos administrativos y económicos.

a) Dirección e inspección.

b) Contabilidad.

c) Recursos económicos.

d) Distribución, (por ejemplo, la de los artículos básicos comprados a granel o subvencionados por el gobierno).

VIII. Evolución futura de los programas de alimentación escolar.

a) Información necesaria para el planeamiento de programas; planeamiento de un programa que pueda llevarse a cabo con los recursos disponibles.

Ampliación del programa a zonas no abarcadas en principio.

b) Papel de las autoridades de nutrición, de sanidad, de educación y de agricultura (por ejemplo, necesidad de que los gobiernos se interesen por los programas de alimentación escolar y los apoyen).

c) Papel de las organizaciones voluntarias y de la comunidad. Papel de la FAO, la OMS, UNICEF y otros organismos.

IX. Recomendaciones.

Resumen de las recomendaciones de las diversas secciones dirigidas a las autoridades nacionales, los nutricionistas locales y los organismos internacionales.

X. Aprobación del informe.

Las conferencias regionales de nutrición, celebradas periódicamente en la América Latina, han puesto de relieve la importancia del complemento alimenticio en los centros escolares como un medio para mejorar el régimen dietético de la infancia. UNICEF ha contribuido al fomento de los programas de alimentación escolar en varios países de la América Latina. En 1953 la FAO y UNICEF patrocinaron un seminario de alimentación escolar en América Central y Panamá. Tuvo por objeto aquel seminario congregar a los individuos de varios países de la región que estuvieran íntimamente relacionados con el servicio escolar de alimentación para el estudio de los problemas con que la implantación de estos programas tropieza y de las medidas susceptibles de adoptarse con vistas al mejoramiento y la expansión de la alimentación escolar, sobre una sólida base dietética y económica. Con el proyectado seminario de Bogotá, destinado a los países suramericanos, se persiguen los mismos fines.

VI SESION DE LA COMISION DE MEJORAMIENTO DE LAS ESTADISTICAS NACIONALES

Buenos Aires. Rep. Argentina. 17 al 29 de noviembre de 1958

A invitación del Gobierno de la Rep. Argentina y con la cooperación de la Dirección Nacional de Estadística y Censo de la Argentina, el Comité Ejecutivo del Instituto Interamericano de Estadística, convocó a la VI Sesión de la Comisión de Mejoramiento de las Estadísticas Nacionales (COINS), que tuvo lugar en Buenos Aires, Rep. Argentina del 17 al 29 de noviembre próximo pasado.

Objetivos y agenda de la VI Sesión de COINS. La VI Sesión de COINS se reúne con el fin de aprobar las recomendaciones finales para los censos de población, habitación y agropecuario que se levanten bajo el Programa del Censo de América de 1960 (COTA 1960).

Su agenda incluye la discusión de la lista de temas, definiciones, clasificaciones y tabulaciones para los mencionados censos.

IX CONGRESO INTERNACIONAL DE PEDIATRIA

Montreal, Canadá. Julio 19-25 de 1959.

Como anunciáramos en nuestro BOLETIN de Setiembre, Nº 126, p. 294, se realizara en Montreal este Congreso. Completamos esa información con el Temario que se discutirá en este certamen.

Las sesiones plenarias serán sobre: Crecimiento y desarrollo. Enfermedades por virus. Enfermedades animales relacionadas con la salud humana. Genética. Inmunidad e inmunización. Pediatría tropical. Nutrición. Problemas del recién nacido y del prematuro. Rehabilitación. Atraso mental. Salud de la madre y del niño.

Tendrán lugar al mismo tiempo que las sesiones plenarias, seminarios en los que se tratarán los siguientes temas: Adolescencia. Adaptación. Alergia. Cirugía pediátrica. Delincuencia. Diabetes. Electrolitos. Enfermedad de Colágeno. Enfermedad de inclusión. Enfermedades infecciosas. Problemas endócrinos. Problemas demográficos. Problemas de radiación y Progresos en farmacología.

VII CONGRESO DE LA OFICINA INTERNACIONAL CATOLICA DE LA INFANCIA

Lisboa. Portugal 8 - 14 de junio de 1959.

Se realizará en Lisboa, Portugal del 8 al 14 de junio de 1959, el VII Congreso de la Oficina Internacional Católica de la Infancia.

El tema de este importante certamen será "El Niño y su vocación en lo porvenir".

El Comité de Dirección de la OICI escogió el tema del próximo Congreso a realizarse en Lisboa, con motivo de responder a una de las preocupaciones más angustiosas de todos los educadores de la hora presente.

Se presentarán cuatro ponencias que expondrán los expertos, ellas son: 1. Los principios de base de la sociología de la economía. 2. Los principios de base de la psicología. 3. Los principios de base de la teología y 4. Los principios de base de la pedagogía.

Toda correspondencia debe ser dirigida a la Secretaría General de la O.I.C.I., (Oficina Internacional Católica de la Infancia) 31 rue de Fleurus. París VI. Francia.

Libros y Revistas

María Luisa Saldún de Rodríguez, José M. Portillo, José B. Gomensoro, Alberto L. Matteo, Elio García Austt, Ruben Gorlero Bacigalupi, María J. Massera y José A. Soto. — MENINGITIS TUBERCULOSA EN EL NIÑO Y SU TRATAMIENTO. Montevideo - Uruguay.

El interesante aporte del grupo de pediatras a cuyo frente se encuentra la Profesora Agregada Dra. María Luisa Saldún de Rodríguez, es de gran interés, porque está basado en una experiencia organizada con método, disciplina y honestidad científica. Además es el resultado de un estudio sistemático, realizado en equipo, con la colaboración coordinada de diversos técnicos, expertos en aspectos generales o especiales de esta enfermedad. Dentro de nuestro medio los 75 casos de que consta el estudio son número suficiente por la calidad de la investigación realizada. Es mérito especial de este trabajo que se llevó a cabo en un local poco apropiado y con escasísimas unidades de personal de enfermería. Pero no había más que un solo fin: abatir la letalidad de la meningitis tuberculosa. Los que vivimos en nuestros primeros años de pediatras, aquel terrible 100% de letalidad de la meningitis tuberculosa no podemos olvidar las palabras del maestro Morquio: "Un diagnóstico bien hecho de meningitis tuberculosa es igual a un certificado de defunción". Hoy en día la letalidad ha bajado a 30 %.

Haciendo un análisis general de la casuística presentada se estudian los 75 casos base del trabajo. Después de lo cual se presentan las formas clínicas de comienzo. La supervivencia del enfermo ha dado lugar a la existencia de una nueva clínica, lo que ha permitido un estudio más concienzudo como consecuencia de ella. El pronóstico depende totalmente del diagnóstico precoz.

Los elementos objetivos del síndrome meníngeo están descritos con gran detalle y precisión en el capítulo IV. No es posible entrar en detalle pues la documentación es profusa, clara y muy bien presentada.

Pero el capítulo XV merece una mención especial ya que se refiere al estado actual del problema de la meningitis tuberculosa en el niño. El estudio de esta forma clínica de la enfermedad no ha llegado aún a su etapa definitiva a pesar de los progresos alcanzados durante los últimos años. Hoy en día el problema se

localiza en dos capítulos: 1º el de la sobrevida; 2º el de las secuelas. Mientras se observa un descenso progresivo de la letalidad, la frecuencia de secuelas ha aumentado en relación con el descenso de letalidad en el niño de primera infancia.

La precocidad del diagnóstico tiene una gran importancia para el pronóstico de sobrevida y de recuperación, pero los autores reconocen que el diagnóstico precoz no es cosa fácil, pues la mayoría de los enfermos vienen después de la primera semana.

Termina el libro con una extensa y magnífica bibliografía consultada.

Los pediatras no pueden dejar de conocer esta publicación que pone al día en forma clara y ordenada el problema de la meningitis tuberculosa, tal como los medios modernos de curación la han transformado. Felicitamos muy cordialmente a los autores.

Víctor Escardó y Anaya

Samuel D. Harris, D.D.S., F.A.C.D. COMPENDIO DE LA PRÁCTICA DE PEDODONCIA. Traducción al castellano por la Revista de Odontología Infantil. La Habana. Cuba. 1957.

Mi distinguido amigo el Dr. Carlos A. Criner al prologar este trabajo señala muy juiciosamente que si bien la técnica del Dr. Harris ha dado un resultado magnífico, ella difiere de la comúnmente empleada, la que según él, ha de dar lugar seguramente a discusión. Muy generosamente el autor ha estipulado que la venta del libro traducido vaya a iniciar un fondo para la Sociedad Pedodóntica a beneficio de los niños del país en el cual el libro sea vendido.

Se trata de un compendio fruto de la práctica de treinta años. Y me place mucho escribirle estas líneas porque siempre he creído como el autor que la odontología infantil está "madurando" como una necesidad popular. Pero veo con satisfacción que "los dentistas son cada día más eficientes para servir al niño".

Es muy interesante el señalar que el manejo del niño en la Odontología es simplemente una aplicación sistemática de la psicología infantil a un medio determinado.

No voy a entrar en los detalles de la técnica muy bien explicada y excelentemente ilustrada. La recomiendan los especialistas y esto es bastante.

Pero en su Conclusión el autor señala un hecho que ha preocupado al INSTITUTO y lo debe hacer meditar mucho más todavía. Hoy en día se necesitan más cuidados odontológicos que hace veinte años. ¿por qué? Nuestros abuelos tuvieron mejores dientes que nosotros. Es este un problema cuyas causas no señala el autor.

Por lo que se debe felicitar al Dr. Harris es por su amor a los niños. "Debidamente practicada, hace la vida del dentista más llena, la vida del paciente más feliz y mejor el mundo del mañana, porque son los niños los que lo mejoran. Nuestra contribución a la civilización tiene su mejor promesa en nuestro trabajo dedicado a estas pequeñas personas. La frase de Pasteur, "feliz aquel que tiene en sí un ideal" la ha sentido el Dr. Harris. Ojalá pueda contagiarla a todos los dentistas, a todos los pediatras y a todos los que trabajan por el niño.

Víctor Escardó y Anaya

Carvalho Neto, Paulo de. — FOLKLORE Y PSICOANALISIS. Buenos Aires. Edit. Psique. 1956.

El autor de esta interesante obra, distinguido discípulo del Prof. Arthur Ramos, ofrece al lector las bases de cómo juzga debe ser programada la enseñanza del amplio capítulo de las relaciones del folklore.

En la introducción expresa que dentro de la multiplicidad de las relaciones del folklore, tres de ellas le parecen de interés fundamental inherente a la propia constitución del folklore como ciencia social, tales son: la etnografía y la etnología, el psicoanálisis y la literatura y el arte cultos.

Ilustra su obra con numerosos ejemplos relativos a leyendas y costumbres, recogidas en sus investigaciones acerca del folklore brasileño, paraguayo y uruguayo.

Se refiere, primeramente, al historial de los estudios sobre el tema, luego trata la teoría psicoanalítica en función del folklore y finalmente expone una casuística folklórica.

La segunda parte, en su capítulo segundo, está dedicado a la metapsicología, incluyendo: la energía mental, fenómenos ligados a la libido y estructuras y mecanismos del aparato psíquico, según Freud; el capítulo tercero versa sobre el inconsciente colectivo.

Está destinada la tercera parte al estudio de la casuística folklórica de la libido oral, de la libido anal, del narcisismo, del complejo de Edipo y de la identificación, de las fantasías infantiles sobre el nacimiento, del complejo de castración y de la angustia, del simbolismo y de los mecanismos del aparato psíquico.

Hace después una breve referencia a los fenómenos de posesión fetichista y a las psicosis epidémicas, terminando con las conclusiones de la demopsicología analítica.

Trae para completar y finalizar la obra una amplia, detallada y clasificada bibliografía de los trabajos consultados para la realización de su atrayente libro.

Elsa Müller

Informaciones

AUXILIARES DEL MEDICO. — Uruguay. — La estructuración y realización por la Facultad de Medicina de Montevideo de Cursos para Auxiliares del Médico, configura el cumplimiento de un cometido complementario, y actualmente indispensable, impuesto por la técnica y la táctica de la medicina moderna en su esfuerzo de superación permanentemente tenso.

Representa, para la Sociedad, la garantía indispensable a que tiene derecho en el sentido de que los colaboradores del médico, en su actuación como profesional, lleven una capacitación adecuadamente administrada y contraloreada para el cumplimiento de su delicado cometido.

Entraña todavía esta ampliación de la función docente de la Facultad de Medicina, el ofrecimiento amplio y generoso de posibilidades de capacitación para todos aquellos que se sientan con condiciones y vocación para colaborar —desde distintos planos y en variadas modalidades— en la función asistencial del médico.

Destacamos, con detalle, lo que se refiere a la Escuela de Dietistas, al Curso de Psicología Infantil y el Curso de Fonoaudiología por estar más vinculados a los problemas del niño. Existen además Cursos para Técnicos en Fisioterapia, en Radiología, en Oftalmología, para Auxiliares de Laboratorio, de Transfusionistas y de Archivo Médico.

Los cursos de Dietistas se inauguraron en 1945 y desde entonces funcionan con toda regularidad.

La Dietista puede definirse como la profesional universitaria que preserva o mejora la salud, administrando adecuadamente la alimentación bajo las indicaciones del Médico Dietólogo.

Su cometido se inicia traduciendo en elementos alimenticios los valores que el médico señala, para luego adaptar ese régimen al conjunto de circunstancias que deberá tener en cuenta (existencia de elementos alimenticios, costos, posibilidades culinarias, preferencias del paciente, etc.).

La carrera de Dietista es una carrera universitaria, con su jerarquía y sus responsabilidades técnicas. Su plan de estudios abarca todos los aspectos de la alimentación y la nutrición del hombre sano y del enfermo, del individuo y de las colectividades.

La enseñanza que se imparte es teórico-práctica y capacita a las egresadas para todas las modalidades de su actuación. Será colaboradora del médico en la aplicación dietoterápica en el indi-

viduo y en los hospitales; o se dedicará a la investigación, tanto en el laboratorio de bioquímica o en el de tecnología alimentaria. Actuará también en el terreno de los hechos sociales, practicando encuestas y compilando estadísticas; o enseñando al pueblo a mejorar su salud a través de la nutrición mediante un correcto y económico manejo de los alimentos. Si, como se ha dicho, "el alimento es un capital que debemos aprender a manejar", si en ciertos aspectos de nuestra producción agropecuaria se advierte la ausencia de una orientación hacia los intereses de la salud del pueblo por un insuficiente abastecimiento de materias alimenticias; si en el ejercicio de la medicina, privada y hospitalaria, sentimos la carencia del experto en alimentación y nutrición, entonces, la Dietista, como universitaria capacitada para colaborar en aquellos problemas es, por definición, un elemento social llamado a los más altos destinos.

El Plan de Estudios aprobado por las autoridades de la Facultad de Medicina, y actualmente en vigencia consta de un ciclo de dos años.

Curso de Psicología Infantil. La finalidad del Curso, desde su iniciación en 1950, ha sido y es fundamentalmente la capacitación de personal técnico especializado en la exploración psicológica del niño adolescente.

Tiene una duración de dos años y tres meses como mínimo, divididos en clases teóricas y prácticas que se desarrollan en la Clínica Médico Psicológica del Hospital Pedro Visca, en horas de la mañana. Se realizan bajo la Dirección del Profesor Adj. Dr. J. R. Marcos y con la colaboración de personal docente especializado designado por el Consejo Directivo de la Facultad de Medicina.

Este Curso es adecuado principalmente para estudiantes de Medicina que deseen especializarse en estas disciplinas y para maestros que tengan interés en ampliar conocimientos sobre psicología infantil.

Curso de Fonocardiología. En este Curso se imparte la enseñanza para la capacitación de auxiliares técnicos, adiestrados en los procedimientos corrientes de exploración en los desarreglos de la fonación y de la audición, como asimismo en la aplicación de las técnicas para su corrección.

Este Curso tiene una duración de seis meses como mínimo y se cumple en dos partes: 1º) Clases teóricas tres veces por semana, en las últimas horas de la tarde. 2º) Parte práctica que se realiza todos los días en horas de la mañana en la Clínica Otorrinolaringológica de la Facultad de Medicina a cargo del Prof. Dr. Pedro Regules.

La capacitación de los auxiliares técnicos alcanza la Foniatría, que consiste en el estudio de todos los trastornos de la voz

hablada y cantada, y la Audiología, que comprende todo lo relacionado con la audición.

EL INSTITUTO NACIONAL DE NUTRICION LLEVARA A CABO UNA CAMPAÑA PARA LA ERRADICACION DEL BOCIO, QUE AFECTA A LA POBLACION ESCOLAR. — Ecuador. — El Instituto Nacional de Nutrición llevará a la práctica la campaña de erradicación del bocio que afecta a una tercera parte de la población escolar del Ecuador, y que fue declarado "problema de salud pública de urgente solución", en las segundas jornadas médicas de la Asociación Médica Panamericana.

El Instituto de Nutrición ha planificado ya la campaña de erradicación del bocio para incorporar un gran porcentaje de ciudadanos al progreso, combatiendo el mal en un programa que cuenta con la colaboración de organismos y entidades como la Escuela Politécnica, a través de su Facultad de Ciencias Nucleares, con sus especialistas y el equipo de radioisótopos que fuera donado por la Misión del Punto IV de los Estados Unidos, y entregado por su Director el señor Harland J. Corson.

Ha comenzado a funcionar en el Instituto, de acuerdo con las finalidades de este plan, el Servicio de Radioisótopos de la Escuela Politécnica, con equipos de foto-centelleador, torres blindadas de muestras radioactivas, contador a flujo, etc., cuyo manejo se halla a cargo del doctor Rodrigo Fierro, Jefe del Departamento de Medicina Nuclear de la Politécnica.

INFORMACION SINTETICA SOBRE LAS ULTIMAS LEYES LABORALES EN EL URUGUAY. — Damos a conocer este resumen de las leyes laborales en el Uruguay, por considerarlas de interés para nuestros lectores, que acaba de ser publicada por la Cámara Nacional de Comercio.

A) ASIGNACIONES FAMILIARES

I. SUELDO TOPE —

El sueldo tope para tener derecho a la asignación familiar se fija en \$ 750. Cuando el trabajador tenga a su cargo más de 2 beneficiarios, dicho tope se elevará a razón de \$ 50 por beneficiario. (Ej. 3 beneficiarios: sueldo tope \$ 900).

Este nuevo tope también rige para los trabajadores rurales.

II. MONTO DE LA ASIGNACION —

Hasta 2 beneficiarios: \$ 15 cada uno. De 2 a 4 beneficiarios: \$ 20 cada uno. Más de 4 beneficiarios: \$ 25 cada uno.

Estas asignaciones familiares se empezarán a pagar en el mes de noviembre.

III. FINANCIACION —

Se aumenta en un 1 % la aportación patronal.

B) SALARIO POR MATERNIDAD

I) CREACION, ADMINISTRACION Y PAGO

Toda mujer asalariada que vaya a dar a luz tiene derecho a un salario de maternidad que será pago por el Consejo Central de Asignaciones Familiares con cargo a un fondo administrado por dicho organismo.

II) FINANCIACION —

Con un 0.5 % de aumento en la contribución patronal que se paga para asignaciones familiares.

III. DURACION DE LA LICENCIA Y MONTO DEL SALARIO —

A) Se prohíbe que la mujer trabaje en las 6 semanas anteriores al parto y en las 6 semanas posteriores a éste. Durante este período de 3 meses la Caja respectiva le pagará el 100 % del sueldo o jornal que habría percibido si hubiera trabajado.

B) Dicha licencia por maternidad podrá ser ampliada durante el embarazo o después del parto por el período que los Servicios Médicos de las Cajas estimen necesario. Durante ese lapso de ampliación la trabajadora cobrará el 65 % del jornal o salario.

IV. REGIMEN TRANSITORIO —

A) El salario de maternidad creado por esta Ley comenzará a pagarse a partir del mes de mayo de 1959. Mientras tanto el aporte patronal se destinará a la formación de un Fondo de Reserva.

B) Hasta mayo de 1959 regirán transitoriamente las disposiciones del decreto de 19 de junio de 1954 que acuerdan licencia de maternidad, según prescripción médica, por un término máximo de 6 meses. Hasta 4 meses la trabajadora deberá percibir el 100 % de su jornal o salario; por los 2 meses restantes cobrará sólo el 50 %.

C) SEGURO DE PARO Y BOLSAS DE TRABAJO

1) SEGURO DE PARO

I. — Creación y Administración.

Se crea con carácter obligatorio el Seguro de Paro administrado por la Caja de Jubilaciones y Pensiones de la Industria y Comercio con el asesoramiento de una Comisión Paritaria que será integrada con representantes de los patronos y de los trabajadores.

II. — Beneficiarios

Queda amparado por la ley todo trabajador ocupado habitualmente en cualquier actividad incluida en la Caja de Jubilaciones y Pensiones de la Industria y Comercio que haya perdido su tra-

bajo y no esté alcanzado por alguna de las exclusiones previstas en el artículo 49.

No obstante, para tener derecho a cobrar el seguro será necesario que el trabajador haya vertido cotizaciones en la Caja por lo menos durante 6 meses salvo decisión especial que se adopte para determinadas situaciones y actividades.

III. — Monto del seguro.

a) CASO DE DESOCUPACION TOTAL. — El beneficiario recibirá el 50 % del sueldo o jornal laudado con un tope de \$ 180 mensuales. Si es casado (y el cónyuge no trabaja) o tiene incapaces o ascendientes a su cargo percibirá un complemento del 20 %.

b) CASO DE DESOCUPACION PARCIAL. — Existe cuando al trabajador se le reduce en el mes las jornadas de trabajo o en el día las horas de trabajo en un 25 % o más de lo habitual en épocas normales.

En ese caso el beneficiario tendrá derecho a recibir de la Caja el 50 % de la diferencia entre el salario que efectivamente cobra y el que le correspondería percibir si sus jornadas de trabajo en el mes o sus horas de trabajo en el día alcanzaran al 75 % de la actividad normal del establecimiento. Rige también el tope ya señalado para el caso anterior.

IV. — Duración del beneficio

El trabajador sólo cobrará el seguro durante 120 días al año como máximo (prorrogables a 180 días en situaciones excepcionales). Vencido ese término no podrá volver a percibir el beneficio hasta después de aportar nuevamente cotizaciones a la Caja durante 6 meses.

V. — Cese del beneficio.

El derecho a cobrar el seguro cesa: a) Cuando el obrero vuelve al trabajo. b) Cuando rechaza sin causa legítima un empleo conveniente. c) En los demás casos expresamente previstos en la ley.

VI. — Incompatibilidades

El seguro de paro es incompatible con el pago de la indemnización por despido y con el subsidio regulado por los artículos 16 y 26 de la ley 6.962 de 6/X/919 y normas modificativas. El trabajador deberá optar entre dichos beneficios.

Si el desocupado tuviera derecho al subsidio o a la jubilación por despido a que se refiere el art. 18 bis de la ley 6.962 y optara por dicho beneficio recibirá el seguro de paro en concepto de anticipo debiendo posteriormente reintegrar las sumas adelantadas.

VII. — Subsidio especial.

Los trabajadores desocupados por motivo de enfermedad o de imposibilidad de prestación de servicios, debidamente comprobados, recibirán un subsidio especial equivalente al valor de 15

jornadas del monto de salarios ganados durante el último año.

VIII. — Financiación

A) Aporte patronal del 1 % sobre las remuneraciones de los trabajadores. b) Aporte de los trabajadores del 1 % sobre sus remuneraciones. c) Lo que perciba la Caja por subrogación en las indemnizaciones por despido. d) Importe de las multas, recargos y penas que se apliquen a los infractores de la ley. e) Donaciones y legados. f) Impuesto del 5 % sobre el precio de los billetes de lotería. g) Un aumento de \$ 0.10 por litro del impuesto que grava a las cañas y grapas y bebidas alcohólicas importadas. Alcanza a las actuales existencias de dichas bebidas. h) Un adicional de \$ 0.02 sobre cada cajilla de cigarrillos nacionales y de \$ 0.05 para los importados. Este impuesto no podrá ser trasladado.

No quedan sujetos al pago de aportaciones los patronos y trabajadores que por otras leyes o convenios colectivos efectúen contribuciones de igual índole para el sostenimiento de un Seguro de Paro.

IX. — Infracciones y penalidades

Se regirán por las normas de la ley 10.940 de 19/IX/947.

X. — Fecha de vigencia.

Los beneficios previstos en la ley así como la obligación de efectuar las aportaciones patronales y obreras comenzarán a regir a partir del 19 de marzo de 1959.

XI. — Disposición Transitoria

Si en el primer año de vigencia de la ley el trabajador no pudiera realizar cotizaciones por el término de 6 meses por no haber tenido trabajo, la Caja, siempre que sus recursos lo permitan, le imputará el monto de las mismas como deuda que será descontable en cuotas semestrales a bajo interés. Para tener derecho a este beneficio deberá demostrar antecedentes de trabajo en el año anterior a su solicitud.

2) BOLSAS DE TRABAJO

I. — El Directorio de la Caja de Jubilaciones y Pensiones de la Industria y Comercio organizará Bolsas de Trabajo en los lugares donde la demanda y la oferta de trabajo justifiquen su creación.

II. — Dentro de los 120 días siguientes a la promulgación de la ley el Poder Ejecutivo a propuesta fundada del Directorio de la Caja y previo informe de la Comisión Paritaria enviará al Parlamento un proyecto de ley organizando las referidas Bolsas de Trabajo.

LICENCIAS E INDEMNIZACION POR DESPIDO

Los proyectos de leyes sobre régimen de LICENCIA ANUAL REMUNERADA y pago de INDEMNIZACIONES POR DESPIDO no se encuentran en vigencia ya que solamente fueron aprobados por la Cámara de Representantes.

5

características

QUE DISTINGUEN AL

Pelargon

- 1 Optima digestibilidad como consecuencia de la acción del ácido láctico sobre las proteínas de la leche de vaca.
- 2 Satisfacción de las necesidades del lactante.
- 3 Adición de hidratos de carbono en la proporción generalmente recomendada.
- 4 Acidificación apropiada y constante.
- 5 Completa garantía.



Experiencias recientes efectuadas en EE. UU. con el "estómago artificial" creado por Doan & Dizikes, demostraron terminantemente la óptima digestibilidad del PELARGON, estableciendo un coeficiente superior al de las leches sin acidificar y muy parecido al de la leche de mujer.



Pelargon

La leche acidificada, en polvo, que se destaca como el alimento normal más adecuado para el lactante sano y el enfermo.



ES UN PRODUCTO NESTLÉ

Canje - Echange - Exchange

Solicitamos en canje el envío de libros, folletos, revistas, estadísticas, etc., etc.; en particular aquellos que contengan leyes, decretos, estatutos, o que traten los problemas del niño en sus aspectos de higiene, asistencia, médico, social, de enseñanza, etc.

Nous prions de nous envoyer en échange des livres, brochures, revues, statistiques, etc., en particulier ceux contenant des lois, décrets, statuts, ou s'occupant des problèmes de l'enfant sous ses aspects hygiéniques, d'assistance, médicaux, sociaux, d'enseignement, etc.

In exchange we request the remittance of books, pamphlets, magazines, etc., particularly those containing statistics, laws, constitutions and regulations treating the child problem from its different aspects of hygiene, protection, education, medical, social, etc.

BOLETIN DEL INSTITUTO INTERAMERICANO DEL NIÑO

EX
Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia
PUBLICACION TRIMESTRAL

AVDA. 8 DE OCTUBRE 2882 — MONTEVIDEO (URUGUAY)

PRECIO DE SUSCRIPCION

Valor del tomo (4 Boletines y 8 Noticiarios)	dólares	3.00
" de cada Boletín	"	0.75

PRIX D'ABONNEMENT

Prix du volume (4 Boletines, 8 Noticiarios)	dollars	3.00
" de chaque numéro	"	0.75

SUBSCRIPTION PRICES

One volume (4 Boletines, 8 Noticiarios)	dollars	3.00
Single number	"	0.75

PREÇO DA SUSCRICÃO

Preço do volume (4 Boletines, 8 Noticiarios)	dólares	3.00
" de cada número	"	0.75

AGENTES AMERICANOS

PALACIO DEL LIBRO. Buenos Aires, Calle Maipú, 49.
 LIVRARIA ODEON. Río de Janeiro, Avenida Río Branco, 157.
 CENTRAL DE PUBLICACIONES. Santiago, Chile, Catedral 1417.
 GOUBAUD y Cia. Ltda. (Sucesor), Guatemala C. A.
 LIBRERIA Y PAPELERIA INTERNACIONAL. Asunción, calle Palma 78.
 LIBRERIA PERUANA. Lima, Filipinas, 546.
 EDITORIAL GONZALEZ PORTO. Caracas, Santa Capilla a Mijares, Edificio San Mauricio.